

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

680

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Marcel, Henri, Léon CŒUR

Né le 25 Septembre 1929, à ORLÉANS (Loiret)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DE DIX-HUIT OBSERVATIONS
DE CONSTRICTION PERMANENTE**

Président : Monsieur M. DECHAUME (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir - Delavigne

PARIS - VI°

1961

7

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude, Marcel, Henri, Léon COEUR

Né le 25 septembre 1929 à Orléans (Loiret)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

A PROPOS DE DIX-HUIT OBSERVATIONS
DE CONSTRICTION PERMANENTE

--

Président : Monsieur M. DECHAUME (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.

20/62



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	SICARD (A)
(Cochin)	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal)	VARANGOT
obstétricales (Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

Anatomie.....	{ CABROL (C)
	{ COUINAUD (C)
	{ OLIVIER (G)
	{ GAUTHIER-VILLARS
	{ (Melle P) pr. s. ch.
	{ BUSSER (F)
Anatomie pathologique.....	{ GOUYGOU (Ch)
	{ ORCEL (L)
	{ PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	{ VOURC'H (G)
	{ NEVOT (A) pr. s. ch.
	{ BARBIER (P)
Bactériologie.....	{ CHRISTOL (D)
	{ TOURNIER (P)
	{ DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	{ POLONOVSKI (J) m. conf.
	{ SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	{ DENOIX (P)
Carcinologie.....	{ MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	{ DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	{ LEDOUX-LEBAR (G)
Embryologie.....	{ TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M) (RACADOT (J)
Hydrologie.....	CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène.....	(CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses.....	(DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale.....	(HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C)
Neurologie.....	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G)
Obstétrique.....	MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (F) (SARAUX (H) (JUDET (R)
Orthopédie.....	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie.....	DEBAIN (J)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAÜREL (J)
Pathologie chirurgicale.....	FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	(CROSNIEE (J) (HARTMANN (L) (LOEPER (J) (MAURICE (J) (PLAS (F) (RICHT (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHÉ (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J) pr.s.ch. (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KREIS (B) (FICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A) m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	(MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng. }	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- }	(LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	
	pr.s.ch.	puériculture }	
Clinique médicale	(DOMART (A)	Clinique	(BARUK (H)
	(PERRAULT (M)	psychiatrique }	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(KUSS (R)
	(THIEFFRY (S)	urologique }	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Cet ouvrage est dédié

A mes Parents,

En témoignage de ma reconnaissance,
pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.

A mon Oncle,

Dont les encouragements
et les conseils ont
toujours été précieux
pour moi.

Cet ouvrage est dédié

A Monsieur le Professeur Michel DECHAUME,

Professeur de Stomatologie à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter de prési-
der le jury de cette thèse,
et de bien vouloir mettre à
notre disposition les sub-
stantiels éléments qui nous
ont permis de réaliser cette
étude ; qu'il veuille bien
trouver ici l'assurance de
notre reconnaissance et l'hom-
mage de notre profond respect.

Cet ouvrage est dédié

A Monsieur le Professeur Agrégé
Maurice GRELLET,
Stomatologiste des Hôpitaux,

Dont les conseils bienveillants
nous ont été nécessaires pour
mener à bien cette étude.

A Monsieur le Docteur BONNEAU,

Dont les documents radio-
logiques ont constitué une
base importante de nos re-
cherches.

A PROPOS DE DIX-HUIT OBSERVATIONS
DE CONSTRICTION PERMANENTE

-:-

OBSERVATION N° 1

L.S.

Le 7.12.59 le patient vient consulter de nouveau dans le service pour des séquelles d'une fracture de la glène du temporal, survenue en 1946.

L'observation de ce cas a été publiée à l'époque par le Professeur DECHAUME et Madame CHAPUT dans la Revue de Stomatologie, tome 48, n° 1, page 38 à 42. En voici l'essentiel :

A la suite d'une collision violente, survenue le 28.5.46, le patient reçoit un choc appliqué sur le bord inférieur de la région mentonnière, dirigé de bas en haut.

Après 3 jours d'hospitalisation, les signes de shock disparaissent, mais un trismus intense persiste.

Le 4ème jour, trismus serré, irréductible au delà de un travers de doigt.

latéro-déviation à gauche,

l'essai d'ouverture de la bouche entraîne une douleur au niveau de l'A.T.G., douleur provoquée à ce niveau par la palpation.

La bouche fermée, on note :

un contact molaire à gauche,

béance molaire et incisive à droite,
de ½ cm, irréductible.

On pense à une fracture condylienne malgré la radio qui ne montre rien.

On pratique un blocage bi-maxillaire, qui corrige la latéro-déviatiôn, mais la béance reste irréductible.

On se propose de faire une réduction progressive par tractions élastiques obliques en interposant un coin de caoutchouc au niveau du contact molaire selon la méthode de Béal.

Cette manoeuvre provoque des douleurs très vives au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, calmées temporairement par infiltration péri-temporale de novocaïne.

Les jours suivants on pratique les examens, d'O.R.L. qui montre une surdité gauche par atteinte de l'oreille moyenne.

d'ophtalmologie : qui montre un fond d'oeil avec congestion de la papille à gauche.

radio : tomographie à 2 cm de profondeur qui montre l'intégrité du condyle et son ascension à travers un enfoncement de la cavité glénoïde (soulèvement d'une lamelle osseuse sur la cavité crânienne et de la paroi antérieure du conduit auditif externe, os tympanal, ce qui conduit en raison de la fissure crânienne à l'abstention thérapeutique

Evolution :

Les douleurs se dissipent spontanément
le 4ème jour le F.O. est normal
en articulé sub-normal
constriction serrée (1,5 cm d'ouverture)
Radio en date du 3 décembre : aucun changement.

Le 7.XII.59

Vient consulter pour la persistance de troubles de l'articulé et pour odontalgies et troubles articulaires.

Au point de vue articulaire :

Constriction permanente avec ouverture maxima de $\frac{1}{2}$ cm au niveau des incisives.

Douleurs spontanées gênantes surtout la nuit au niveau de l'A.T.M. gauche à type de picotement et de fourmillements.

Au point de vue dentaire :

Douleur provoquée par la mastication au niveau de la molaire inférieure droite.

A l'examen exo-buccal légère déviation du menton à gauche pas de signe de Vincent. Légère douleur à la pression de la région T.M. gauche. Pas de craquement ni de ressaut aux mouvements d'ouverture et de fermeture. Les mouvements des condyles sont perçus des 2 côtés. Pas d'hyper-trophie.

A l'ouverture de la bouche :

$\frac{1}{2}$ cm au niveau des incisives.

Déviation très nette du menton à gauche à l'ouverture.

Dents pulpo-arthritisme d8
racines de d7

Au point de vue général se plaint seulement de ballonnement post-prandiaux et d'aérophagie.

Examen radiologique du 16.12.58 :

Cliché de face : image osseuse en virgule superposée au contour articulaire de la glène du côté gauche.

Les clichés tomographiques permettent de constater que le condyle a enfoncé la glène, son bord supérieur passant au dessus de la base du crâne ayant délabré lors du traumatisme une lamelle osseuse importante.

Côté droit : normaux.

A l'amplificateur de brillance côté droit

rotation normale avec légère propulsion du condyle; côté gauche le condyle reste totalement bloqué dans l'enfoncement de la glène.

L'ostéotomie du condyle est décidée.

Auparavant toutes les molaires inférieures sont enlevées.

L'intervention a lieu le 1.3.60.

Sous anesthésie générale incision verticale pré-auriculaire gauche. Découverte de l'articulation qui apparaît totalement ankylosée. Rugination du col ostéotomie à la partie basse du col du condyle aboutissant à une résection d'à peu près 1 cm en arrière et $\frac{1}{2}$ cm en avant (ostéotomie faite à la fraise et complétée par ciseau).

Fermeture sur drainage aspiratif.

L'ouverture buccale est 2,5 cm.

Radios :

Face : Montre la partie supérieure de la branche montante amputée du condyle

Profil : montre la branche montante amputée du condyle.

Le condyle bloqué dans la base du crâne

Entre les 2 un espace de 1 cm de largeur environ.

De la radiothérapie 950 r et des massages complémentaires sont faits.

Le patient accusant une hypoacousie, deux interventions sur l'oreille gauche sont pratiquées :

la 1ère le 5.5.60 pour sténose du conduit osseux, une résection de la paroi antérieure est faite,

la 2ème le 7.12.60 pour suppuration pro-

fonde de l'oreille, une mastoïdectomie totale est faite.

Nous avons revu le patient à plusieurs reprises depuis l'ostéotomie condylienne. L'ouverture de la bouche se maintient à 30 mm. Il persiste une latéro-déviation du côté gauche lors de l'ouverture de 1 cm.

OBSERVATION N° 2

(Patient de Monsieur le Professeur DECHAUME)

L.S.

Le patient est né en 1926. Gardien de la paix, est vu en décembre 1952 dans le Service de stomatologie pour limitation de l'ouverture buccale avec latéro-déviation mentonnière gauche.

Les lésions sont consécutives à un accident de motocyclette survenu en septembre 1952, ayant causé par ailleurs un traumatisme crânien, avec une période de coma de 5 jours.

Le patient d'abord soigné à Villeneuve-Saint-Georges est envoyé le 13.10.52 à la clinique neuro-chirurgicale de La Pitié pour
troubles psychiques
amnésie
agitation

Examen :

Inspection : De face et de profil les contours du visage n'apparaissent pas déformés. Il persiste une pigmentation péri-orbitaire gauche.

Palpation : Permet de percevoir une saillie

anormale au niveau du zygomatique gauche, non douloureuse.

On ne note pas de zone d'anesthésie de la sensibilité cutanée.

L'ouverture de la bouche n'atteint que 8 mm
Il existe une latéro-déviatiion gauche de 7 mm
lors de l'ouverture de la bouche.

Les points incisifs sont
en occlusion.

Par ailleurs :

Des troubles de la vision du côté gauche,
avec lésion de la rétine sont à signaler.

Les clichés radiologiques en date du 17.
12.52 montrent :

- une fracture de la fosse temporale
- une fracture de l'arcade zygomatique
- Avec un trait au niveau de la suture fronto-malaire,
 - un trait horizontal
- frontale du malaire,
 - un trait oblique en haut et en dedans
- sur l'apophyse pyramidale,
 - un trait vertical au niveau de l'angle
- postérieur
 - un trait en arriere de la suture zygo-
- mato-malaire,
 - un trait oblique en bas et en avant au
- niveau de la racine transverse.

8 séances de radiotherapie sont faites, et
n'amènent qu'une faible amélioration, l'ou-
verture atteignant 1,5 cm.

Devant cette persistance de la constriction
une intervention chirurgicale est envisagée.

De nouvelles radiographies, des tomogra-
phies sont faites, qui apportent peu d'élé-

ments nouveaux.

On pense que la partie postérieure du zygoma juxta-condylienne est déplacée en arrière et en dehors et empêche le condyle de se propulser en avant où il vient buter contre le fragment zygomatique.

L'intervention a lieu le 6 mars 1953, selon le protocole suivant : incision de Ginestet avec branche supérieure de 2 cm. Découverte de la racine du zygoma après ligature de la temporale superficielle.

La racine longitudinale est fracturée, à l'union de la transversale et le fragment repoussé en arrière et en bas, à la face externe du condyle du maxillaire.

Ablation du fragment.

Suture en 3 plans, L'ouverture de la bouche atteint 23 mm. Une dizaine d'infiltrations péritemporales sont faites dans les jours suivants.

Des radiographies de contrôle en date du 9.3.1953 montrent bien la zone libre de tout fragment osseux devant le condyle.

L'ouverture de la bouche se maintient à 22 mm, les mouvements de propulsion et de déduction sont possibles quoique un peu limités du côté droit.

Le patient est revu en 1957 :
L'ouverture de la bouche est de 25 mm, la propulsion de la mandibule est limitée, il existe une latéro-déviation dans le dernier centimètre d'ouverture.

Le 6.3.61 : l'ouverture est à 25 mm.

Il existe une latéro-déviatiôn vers la gauche de 3 mm lors de l'ouverture.
Les mouvements de déduction sont limités du côté droit.

o

OBSERVATION N° 3

(Patient de Monsieur le Professeur DECHAUME)

R.M.

Agé de 33 ans. Contre-mâitre.

Le 30 mars 1957, le patient est victime d'un accident du travail ; il s'agit d'un traumatisme direct de la partie postérieure de l'arcade zygomatique gauche. Cet accident est suffisamment bénin pour qu'il ne soit procédé à aucune radiographie, il entraîne cependant d'emblée une diminution de l'ouverture buccale et c'est devant la persistance de celle-ci que le blessé se décide à consulter le 6 mai, soit un mois après l'accident.

Les quelques douleurs initiales ont disparu mais l'ouverture buccale est limitée à 16 mm, elle s'accompagne d'une latéro-déviatiôn gauche de 6 mm.

La palpation de la partie postérieure de l'arcade zygomatique montre un point douloureux pré-articulaire.

Les radiographies pratiquées décèlent :

- a) sur une projection horizontale une fracture à trois traits de l'arcade zygomatique gauche,
 - un trait antérieur près de l'angle posté.

rieur du malaire,

- un trait intermédiaire à la partie moyenne de l'arcade,
- un trait postérieur à la partie toute postérieure de l'arcade au niveau de la racine transverse.

Sur cette projection, le fragment antérieur n'a pratiquement pas subi de déplacement, le fragment postérieur a subi une légère translation interne.

b) Sur une vue de profil le trait et le fragment antérieur sont invisibles, le fragment postérieur apparaît basculé en bas et en arrière.

L'intervention chirurgicale est faite le 29 mai 1957, dont voici le compte rendu :

- incision verticale pré-auriculaire.

Découverte de la face externe de l'articulation temporo-maxillaire dont les insertions capsulaires sont soigneusement respectées.

Rugination de la partie postérieure de l'arcade et ablation facile du fragment osseux.

Deux jours après l'intervention l'ouverture buccale est à 20 mm, il n'existe plus de latéro-déviation. Dans les jours suivants, cette latéro-déviation se reproduit : l'ouverture buccale se fait avec un chemin rectiligne et vertical d'ouverture jusqu'à 17 mm, il existe ensuite une latéro-déviation gauche qui atteint 3 mm quand les arcades dentaires sont écartées de 22 mm.

Quelques séances de radiothérapie ont été

instituées et un mois après l'intervention l'ouverture buccale est de 30 mm, la latéro-déviatiôn à l'ouverture maxima est toujours de 3 mm.

OBSERVATION N° 4

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME)
B.H.

Ouvrier, né en 1914.

Consulte le 27.11.56.

A l'âge de 7 ans M. BER... est renversé par une voiture. Cet accident aboutit à la constitution d'une constriction permanente des mâchoires.

A l'âge de 9 ans une intervention est pratiquée sur la temporo-maxillaire droite par le Professeur OMBREDANNE, qui permet d'obtenir une certaine mobilité du maxillaire inférieur.

Examen exo-buccal :

Il n'y a pas de déviation nette des traits vers la droite ou vers la gauche.

De profil, aspect classique, la mandibule semble raccourcie, mais cet aspect est peu accentué.

L'ouverture de la bouche est possible, mais limitée à 8 mm, non douloureuse, avec légère déviation vers la gauche du point incisif.

La palpation montre une exostose perceptible sous la peau et très légèrement mobile par rapport à la mandibule du côté gauche.

Du côté droit on ne sent rien.

L'examen radiologique du 16.12.59 met en évidence :

- Du côté gauche, une forme anormale du condyle et du col du condyle. Le condyle est volumineux, aplati, l'interligne articulaire avec la glène étant très petit ; des signes d'arthrose condensante s'apercevant sur ce condyle et la face correspondante de la glène.

Mais l'anomalie principale est constituée par la présence d'un volumineux ergot situé sur la face antéro-externe du col du condyle pratiquement à la naissance de l'échancrure de la coronoïde. Cet ergot de 2 cm de long laniolé, présentait une direction oblique, presque transversale externe, sa face supérieure venant buter au-dessous d'une néoformation très accentuée de l'arcade zygomatique.

Les tomographies des plans successifs montrent en effet du côté le plus externe l'arcade zygomatique monstrueuse avec néoformation inférieure, un peu en avant de la racine transverse, sous laquelle vient s'inscrire l'image de l'ergot du col du condyle dont on voit le volume sur les plans les plus profonds. Sur le plan le plus postérieur on note un pseudo-interligne articulaire entre le condyle monstrueux et la base du crâne correspondant à une glène complètement aplatie.

A l'amplificateur de brillance on constate une très légère mobilisation entre l'ergot et la néo-formation zygomatique.

- Du côté droit opéré en 1923 :

A l'amplificateur de brillance, une mobilisation par abaissement du condyle.

Sur les clichés de face l'ergot réséqué présente encore un volume très important qui peut venir se bloquer sur la face interne de l'arcade zygomatique qui est d'ailleurs elle-même déformée. Il est à noter que de côté également le condyle est nettement aplati répondant à une surface de la glène plate en plan incliné intérieur.

Le 22 février 1960 une intervention est faite du côté gauche selon le protocole suivant :

Incision pré-auriculaire remontant en avant dans la région temporale obliquant en haut et en avant et faisant un crochet à la face postérieure de l'oreille.

Découverte des plans osseux après section de l'aponévrose et du muscle temporal hémotase. On fait sauter au ciseau toute la console externe, puis on dégage le bord antérieur et le bord postérieur du col du condyle.

Section au ciseau du bord supérieur et antérieur de la coronoïde et du condyle.

Ablation au ciseau frappé de cette portion osseuse et de 1 cm environ du col du condyle.

A la partie postérieure de la branche montante on récupère à peu près 2 cm à 2 cm $\frac{1}{2}$ du bord postérieur.

Suture en 2 plans. Drainage aspiratif de toute la région réséquée.

A la fin de l'intervention le malade n'ouvre nullement la bouche.

La radio de profil pratiquée le 26.2.60

montre la branche montante gauche sectionnée au-dessous de l'échancrure coronoïde.

Dans les suites opératoires on note une paralysie faciale gauche ayant régressé en 4 jours.

L'attention se porte alors sur le condyle droit. La coronoïde droite de forme anormalement allongée est bien visible sur une tomographie de profil.

Une intervention est pratiquée du côté droit le 8 mars 1960, selon la technique suivante :

Anesthésie générale par intubation endotra-chéale. Incision pré-auriculaire verticale et excision de l'ancienne cicatrice. On aboutit ainsi à une résection de 1,5 cm de peau. Décollement du bord postérieur de la parotide. Rugination et découverte de la racine transverse du zygomatique qui est hypertrophiée et exostotique. Il existe sur la face externe de l'articulation à sa région postérieure une formation relativement mobile adhérente en haut au zygoma et en bas à l'articulation.

Exérèse de cette exostose.

Sur la face externe du col du condyle il existe une exostose en console qui articule avec un os libre par rapport à l'articulation temporo-maxillaire. Excision de cette console et du petit sésamoïde. Résection de l'apophyse coronoïde au niveau de sa base.

Ostéotomie de la partie basse du col du condyle et résection de la tête condylienne.

C'est seulement qu'on peut ouvrir la bouche à 3,5 cm.

Suture cutanée. Pénicilline. Thrombase.

Spongél dans la profondeur sur les muscles ptérygoïdiens internes. Drainage aspiratif de Redon.

Les tomographies en date du 23 mars 1960 montrent la branche montante réséquée à sa partie supérieure, distante de 1,5 cm environ de la base du crâne.

Des séances de physiothérapie sont faites :
Ultra-sons sur les 2 articulations,
Radiothérapie 800 r des 2 côtés.

Dans les suites opératoires on note :

- 1) une paralysie faciale droite, ayant persisté un mois
- 2) trouble de l'articulé, ayant nécessité un blocage bi-maxillaire
- 3) une diminution de l'ouverture buccale, pour laquelle on trouve :
 - 23,5 mm le 10 mars 1960
 - 12 mm le 19 avril 1960
 - 16 mm le 27 janvier 1961

OBSERVATION N° 5

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME)
R.D.

Agé de 43 ans. Ouvrier.

Il est vu le 28 novembre 1958 pour des fractures de la mandibule :
fracture sous-condylienne basse gauche,
fracture symphysaire para-médiane droite,
associées à une fracture du zygoma gauche,
consécutives à un accident de la voie publique.

Il s'agit d'un traumatisme direct, dont le

point d'application est temporo-malaire et mentonnier.

L'accident a eu lieu le 15 novembre 1958 soit deux jours auparavant.

Interrogatoire :

Permet d'apprendre que le blessé a présenté un traumatisme cranien, des hémorragies nasales et auriculaires.

Signes fonctionnels :

Il existe une douleur prétragienne gauche.

Examen exobuccal

Des plaies superficielles sont en voie de cicatrisation.

Les contours mandibulaires ne sont pas déformés.

De face il existe une légère latéro-déviation vers la gauche. De profil il est normal.

La palpation des régions prétragienne et mentonnière provoque des douleurs.

On ne note pas de mobilité anormale. Les craquements perçus sont réduits.

Il existe un enfoncement au niveau de la région zygomato-malaire gauche.

La sensibilité dans le territoire du mentonnier s'avère normale.

Examen endo-buccal :

L'ouverture de la bouche n'atteint que 1 cm. A part quelques érosions superficielles des lèvres, la muqueuse est intacte.

L'arcade supérieure ne présente pas d'irrégularités.

L'arcade inférieure a subi un déplacement vertical de haut en bas au niveau des molaires et prémolaires.

Le traumatisme n'a pas entraîné de perte des dents.

En occlusion il existe une béance des prémolaires et molaires du côté gauche, alors qu'à droite le contact est normal.

L'examen des facettes d'usure laisse supposer un articulé antérieur à l'accident normal.

Au cours des mouvements d'ouverture une diasthène apparaît entre d2 d1.

Examen radiologique du 25 novembre 1958 montre :

Sur les clichés de profil un trait de fracture allant de la partie antérieure de l'échancre sigmoïde gauche au milieu du bord postérieur de la branche montante. Le fragment supérieur est peu déplacé.

Sur un film mordue un trait vertical passant entre d1 et d2; le fragment postérieur a subi un déplacement de haut en bas, au niveau du trait.

Un blocage bi-maxillaire par arcs est fait le 28 novembre.

Les clichés en date du 29 novembre permettent d'apprécier la réduction de la fracture symphysaire qui est bonne et de mettre en évidence une fracture de la portion postérieure du zygoma comprenant un fragment détaché à la portion toute postérieure de l'arcade et un trait de fracture vertical de la racine transverse.

Déblocage :

Des infiltrations temporales bilatérales sont faites pendant 3 semaines au bout desquelles le blocage est enlevé le 17.12.58.

L'ouverture de la bouche est limitée à 3 mm.

L'examen à l'amplificateur de brillance montre une immobilité complète du condyle gauche et vraisemblablement un abaissement du fragment postérieur du zygoma et de la racine transverse.

Aucune augmentation de l'ouverture buccale n'apparaissant au bout de deux semaines une intervention est décidée et pratiquée le 7 janvier 1959, dont voici le compte rendu.

Sous anesthésie générale incision verticale pré-auriculaire. Découverte de l'articulation temporo-maxillaire. Il existe une fracture de l'écaille du temporal avec un trait irradié au niveau de la racine antérieure et au niveau du toit de l'articulation.

Exérèse de tous les fragments déplacés aboutissant en fin d'intervention à la suppression de la racine antérieure de l'arcade zygomatique et de la plus grande partie de la cavité glénoïde.

A la fin d'intervention l'ouverture est à peu près de 3 cm, fermeture en 2 plans.

Cette suppression de la portion osseuse de la cavité glénoïde découvre les méninges mais toute l'intervention reste sous-méninée.

Le surlendemain l'ouverture de la bouche diminue et n'atteint que 2 cm, puis 1,7 cm, le 9 février 1959.

Le 13.2.61, ouverture : 29 mm.

OBSERVATION N° 6

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME)

Q .. B.

Née en 1950.

Consulte au début du mois de mai 1961.

Le 27 avril 1961, victime d'un accident d'automobile, l'enfant a la tête coincée sous une banquette, perd connaissance pendant quelques secondes et présente une otorragie (sans que la mère puisse préciser le côté). La peau du front est déchirée sur 10 cm. L'enfant ressent une gêne à l'ouverture de la bouche.

3 semaines après les parents s'inquiètent de cette limitation des mouvements d'ouverture.

Une radiographie faite révèle une fracture de la branche montante gauche. La mobilisation active est conseillée mais la constriction s'accroît.

C'est alors que l'enfant vient consulter.

Examen exo-buccal :

Il n'existe pas d'asymétrie de la face.

On ne note pas de déformation du conduit auditif externe.

A la palpation l'articulation temporo-maxillaire ne présente pas de déformation, mais le condyle est immobile lors des mouvements d'ouverture.

L'ouverture de la bouche n'atteint que 15 mm et il existe une latéro-déviations vers la gauche pendant le mouvement.

Des radiographies de profil du 14.12.60 montrent une fracture capitale gauche.

Une série d'infiltrations péri-temporales reste sans effet.

Le 2.3.61, l'ouverture n'atteint plus que 9 mm.

De nouvelles radiographies sont faites le 15. 2.61 mettant en évidence la consolidation de la fracture capitale du volume du condyle, le cal étant formé de 2 fragments capitaux bloqués sur l'extrémité du col du condyle expliquant ainsi l'aspect exhubérant de la tête.

D'autre part on note une fracture antéro-postérieure de la racine transverse gauche avec bascule de la portion interne.

Des tomographies confirment cette fracture.

La radiothérapie anti-inflammatoire est déconseillée au profit de la diélectrolyse à l'iodure de potassium.

o

OBSERVATION N° 7

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME).

J... D.

Née le 6 mars 1944.

Vient consulter pour la première fois en 1949.

L'affection est très ancienne. Dès l'âge de 2 mois la mère se souvient de façon précise qu'il était nécessaire d'aplatir la tétine entre les doigts pour la faire pénétrer dans la bouche. La déformation du visage n'est apparue que vers l'âge de 3 ans.

Après l'accouchement la mère a présenté une fièvre puerpérale qui a duré 2 mois.

L'enfant est née à 7 mois en présentation du siège décomplété dont l'extraction n'a pas donné lieu à des difficultés particulières.

Elle a un frère jumeau actuellement en bonne santé. De même un frère aîné et une soeur cadette ne présentant pas d'affection des maxillaires.

La mère était en bonne santé au début de la grossesse. On ne retrouve pas de notion de suppuration, ni de traumatisme.

Examen exo-buccal :

De face le menton est dévié vers la gauche.

De profil il est atrophié.

La palpation ne décèle pas d'adénopathies. La sensibilité s'avère normale.

Les doigts appliqués sur les articulations temporo-maxillaires perçoivent un léger déplacement du condyle droit lors des mouvements d'ouverture et ne sentent rien du côté gauche.

Il existe une légère latéro-déviation lors de l'ouverture de la bouche.

Examen endo-buccal :

Le point incisif inférieur est dévié vers la gauche de 2 mm.

L'ouverture entre G4 et g3 est de 1 cm.

L'arcade inférieure est moins convexe à droite.

Sont présentes :

D7	D6	D5	D4	D3	D1	G1	G3	G4	G5	G6	G7		
d7	d6	d5	d4	d3	d2	d1	g1	g2	g3	g4	g5	g6	g7

D2 et G2 sont absentes congénitalement.
Il n'y a pas de diasthèmes entre D3 D1 et
G3 G1.

D3 est en vestibulo-occlusion,
D1 a son axe dirigé en bas en arrière et
en dedans.

La palpation des vestibules ne décèle aucune
anomalie.

Les examens radiographiques montrent un
ergot situé dans l'échancrure sigmoïde,
sur les clichés de profil.

En 1950 il a été fait 75 séances de dia-
thermie, sans amélioration décelable.

Intervention :

Le 25.4.61.

(voir le résumé de l'observation).

Le 26.4.61 : l'ouverture est de 22 mm.

Aussitôt après l'intervention :

- a) des séances de radiothérapie sont faites
à doses anti-inflammatoires
- b) un arc vestibulaire avec ligature est
mis en place pour vestibule D' qui
après l'intervention articule en linguo-
position.

o

OBSERVATION N° 8

(Observation de Monsieur le Professeur DE-
CHAUME).

C... D.

Né le 7 juillet 1946.

Aux dires de la mère confirmés plus tard
par l'accoucheur, l'accouchement a été péni-

ble, car il s'agissait d'une présentation du front, terminé par une application de forceps, facile sous anesthésie. L'enfant dut être réanimé. Le côté droit du visage était bleu, la lèvre supérieure fendue. Il y avait des ecchymoses sur la poitrine. Pendant trois ou quatre jours, il fallut l'alimenter à la cuiller et il aurait eu la voix voilée pendant un mois.

Quant à l'âge de quatre mois, il commença à prendre des bouillies, sa mère s'aperçut qu'il ouvrait mal la bouche et quand il perça ses dents vers un an, elle se rendit compte que l'espace entre le bord libre de ses incisives était très faible.

En janvier 1949, elle consulte à Caen le Docteur L'HIRONDEL parce que l'enfant mangeait mal et sans appétit. Le docteur L'HIRONDEL diagnostiqua l'anomalie, fit prendre des radiographies et adressa l'enfant au Professeur DECHAUME.

Le 7 janvier 1949, à l'examen c'est un garçon beau et bien portant. Aucune déformation n'est visible.

L'ouverture de la bouche est très limitée. On sent cependant les condyles se déplacer légèrement. Le condyle gauche ne quitte pas la cavité glénoïde ce qui fait dévier le menton du même côté. Le plan d'occlusion est oblique vers le haut et la gauche.

L'ouverture buccale maxima entre le bord libre des incisives centrales droites est de 4,7 mm. La branche horizontale droite mesure 6 cm, la gauche 6 cm.

La branche montante droite 3,8 cm, la gauche 3 cm.

Les radiographies de profil faites en 1949 permettent de soupçonner une fracture du zygoma gauche en son milieu ayant donné lieu à une pseudarthrose, avec en plus formation d'un bloc d'ankylose au niveau du trait unissant le zygoma au fond de l'échancre sigmoïde.

Par ailleurs le col voit ses dimensions très réduites.

Il est conseillé au Docteur L'HIRONDEL de faire faire de la radiothérapie. Au total 900 à 1200 r (75 à 100 r par séance à raison de deux séances par semaine). Le champ de 5 x 5 cm est centré sur la partie moyenne et un peu au dessous du zygoma rayonnement 180 kV filtre 0,5 Cu + 2 Al.

L'enfant est revu le 19 septembre 1950. L'ouverture de la bouche maxima comme précédemment est de 9 mm. Il y a une petite déviation à gauche du mouvement d'ouverture. On perçoit de légers mouvements de déduction et un mouvement dans l'articulation temporo-maxillaire droite.

La diathermie sur l'articulation est conseillée.

Une radiographie sous l'incidence de Waters montre le trait de fracture.

Le 30 mars 1951, l'enfant vient de terminer une série de 30 séances de diathermie. Il n'y a aucune modification de l'articulé. Les incisives supérieures et inférieures sont séparées par de larges diasthèmes. Il y a une forte latéro-déviation vers la gauche à l'ouverture de la bouche. Ouverture 1 cm, branche horizontale droite 7 cm, branche horizontale gauche 7 cm, branche montante droite 3,8 cm, branche mon-

tante gauche 3,2 cm.

De juin à septembre 1951 l'enfant subit 30 nouvelles séances de diathermie. Il contracte la rougeole en octobre, ses incisives centrales temporaires inférieures tombent.

Le 16 février 1952, les deux branches horizontales sont égales et mesurent 7 cm. La branche montante droite mesure 4,8 cm, la gauche 4 cm, l'incisive centrale permanente fait son apparition. L'ouverture de la bouche n'est plus que de 8 mm. Il existe maintenant une légère latéro-trusion mentonnière vers la gauche. Des troubles d'occlusion sont en train de se constituer. Le milieu de l'arcade inférieure se trouve à 2 mm à gauche de celui de l'arcade supérieure. Il y a légère occlusion du maxillaire inférieur droit avec tendance à la version vestibulaire.

Le 16 juillet 1952 l'aspect clinique est à peu près le même. Les dents de 6 ans font leur irruption en haut et en bas à gauche elles sont en **normo**-occlusion à droite la dent inférieure est en linguo - occlusion, telle que sa face vestibulaire est en contact avec la face palatine de la dent supérieure. On observe quelques caries des dents de lait. 20 séances de diathermie sont en cours.

Le 18 août 1955 l'ouverture de la bouche n'est plus que de 6 mm, la hauteur des branches montantes ne semble pas avoir changé depuis un an.

Sur une radiographie de face faite en 1955, la fracture avec déplacement en dedans apparaissait.

En octobre 1958, l'ouverture de la bouche

n'est plus que de 2 mm. Les incisives inférieures sont inclinées, leur axe étant orienté en haut et à droite. Le milieu de l'arcade inférieure est à peu près à 1 cm à gauche du milieu de l'arcade supérieure.

En octobre 1960, l'aspect clinique n'a pas évolué depuis 1958, l'ouverture de la bouche est la même à 2 mm et l'intervention sur l'articulation temporo-maxillaire est envisagée.

Des tomographies de profil à 2 cm de profondeur montrant la fracture du zygoma, un bloc entre le zygoma et l'endroit correspondant à l'apophyse coronéide, La densité de ce bloc est moins forte que celle de l'os environnant.

de face, sur la tomographie l'apophyse coronéide apparaît très épaisse, vers le zygoma et aussi en dedans.

Le 28.4.61 une intervention est pratiquée :

Incision verticale pré-auriculaire. Dégagement de l'articulation. Dans la région du condyle, il existe un interligne fibreux où on distingue parfaitement le condyle, le ligament et le ménisque.

En avant du condyle il existe un fond de cavité sigmoïde et une vaste masse osseuse ankylosant la coronéide et le zygoma.

Condylectomie au ciseau frappé de toute la masse d'ankylose qui va très loin en avant atteignant peut-être le bord postérieur du malaire et apparaît constituée par un tissu spongieux évoquant une idée d'ostéome.

Transfusion : 1 litre.

A la fin de l'intervention l'ouverture buc-

cale forcée est de 25 mm.

Une veine saigne dans la profondeur, l'hémorragie cède à une compression de 5 minutes et à la mise en place de thrombase.

Fermeture sur un drain aspiratif. Peau en 2 plans.

Le 29.4.61, l'ouverture est limitée à 15 mm. Tout essai pour dépasser ce chiffre provoque de fortes douleurs. Une série de séances de radiothérapie à doses anti-inflammatoires est commencée.

°

OBSERVATION N° 9

(Malade de Monsieur le Professeur GRELLET)

B...

Le patient est vu en 1955 pour une ankylose temporo-maxillaire gauche datant de l'enfance; en 1949, il a subi une ostéotomie de l'angle gauche de la mandibule, qui a consolidé en bonne position.

Les tomographies de face du 1.2.55 mettent en évidence un bloc d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire gauche.

Une intervention est faite de ce côté. Par voie sous-angulaire et en passant par l'ancienne cicatrice, une partie très importante de la partie basse du bloc d'ankylose et de la portion adjacente de la branche montante. A la fin de cette résection l'ouverture buccale est tout à fait impossible.

Une deuxième intervention est faite du côté droit. L'articulation temporo-maxillaire est normale.

Par voie pré-auriculaire et sous-angulaire rugination et désinsertion des muscles masticateurs droits. La face interne de la branche montante présente des spicules osseux remontant dans le ptérygoïdien interne qui tapisse la face interne.

A la fin de cette manoeuvre l'ouverture buccale est de 15 mm.

Cette ouverture se maintient à 12 mm au bout de 5 ans. Il a été fait 3 mois après l'intervention une plastie mentonnière.

Dans les suites opératoires, il apparaît un syndrome de Frey du côté droit.

o

OBSERVATION N° 10

(Malade de Monsieur le Professeur GRELLET)

F... C. (1953)

Il s'agit d'une ankylose maxillaire droite ancienne.

L'ouverture de la bouche est de 5 mm.

Il existe une asymétrie de face, le menton est dévié du côté droit.

De profil le menton est atrophié.

Les radiographies montrent une ankylose droite.

L'intervention consiste en l'exérèse du bloc d'ankylose.

Il existe des formations tendineuses en profondeur qu'une hémorragie ne permet pas de libérer complètement.

Après l'intervention, l'ouverture atteint 2 cm.

o

OBSERVATION N° 11

(Malade de Monsieur le Professeur GRELLET)

C...

Né en 1946.

Antécédents :

A l'âge de 1 an la patiente a présenté une otite aiguë droite avec tuméfaction rétro-auriculaire.

Les parents se rendent compte très tôt de la difficulté que l'enfant a pour ouvrir la bouche, mais ils ne peuvent indiquer de façon précise la date d'apparition du trouble.

En 1952 : Le diagnostic clinique de constriction ayant le côté droit pour origine est porté.

Les radiographies de profil montrent un petit bloc d'ankylose allongé de bas en haut situé dans l'échancrure sigmoïde droite.

Une intervention est faite à cette époque du côté droit, à la fin de laquelle l'ouverture atteint 22 mm.

Le 12.5.57 l'ouverture est de 1,8 cm avec latéro-déviation vers la droite de 2 mm.

Actuellement :

Il existe une asymétrie du visage, le menton est dévié vers la droite, l'angle droit est sur un plan horizontal nettement supérieur à celui de l'angle gauche.

Les dents sont en bon état.

L'ouverture de la bouche est limitée à 12 mm avec déviation mandibulaire vers la droite de 3 mm.

o

OBSERVATION N° 12

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME).

D... A.

Né le 21 novembre 1946, l'accouchement aurait nécessité l'application de forceps par le Docteur RAVINA. D'après la mère, l'enfant aurait été "bleu" autour de la bouche et du nez et cette coloration aurait disparu en quelques jours.

Le Docteur RAVINA que nous avons interrogé nous a répondu qu'en effet l'enfant avait été extrait après une application de forceps assez laborieuse, mais qu'il n'avait rien noté de spécial ni au moment de l'extraction ni pendant les premiers jours où l'enfant buvait normalement.

Il ajoute: bien que les fractures du condyle soient exceptionnellement signalées après application des forceps, il n'est pas impossible que ce soit le traumatisme obstétrical qui soit en cause.

Madame D... a un bassin limité et a toujours eu des accouchements dystociques nécessitant des applications de forceps. Le premier accouchement fait en 1938 à Magny en Vexin et auquel je n'ai pas assisté avait d'ailleurs abouti à l'extraction d'un enfant mort peu après par hémorragie méningée.

Il n'y a pas eu d'infection puerpérale.

Pendant 15 jours, 3 semaines, Alain fut nourri au biberon et la mère se rendit compte de la difficulté qu'il avait à ouvrir la bouche. A 5 mois lors de la sortie des incisives, elle s'aperçut que la mâchoire était déviée à droite.

En décembre 1947 (un an) otite bilatérale. traitée par simple parasyntèse suivie de guérison. A ce moment l'O.R.L. consulté s'aperçoit en voulant regarder la gorge de l'enfant que celui-ci avait une constriction qu'il ne peut réduire sous-anesthésie générale, ce qui le détermine à nous l'adresser.

10 janvier 1947

A cette date on constate une légère micro-génie et une déviation à droite du menton. L'ouverture de la bouche est très limitée : 7 mm d'écart entre les incisives dl et Dl. Il existe un déplacement vers la droite du point incisif inférieur.

Dans le sens vestibulo-lingual dIV et DIV évoluent et paraissent **prêtes** à articuler normalement.

Une radiographie ne montre rien.

Quelques séances de radiothermie et de mobilisation sont faites.

18 juin 1947 :

On note une aggravation, l'ouverture de la bouche est de 5,5 mm.

La branche montante droite mesure	4 cm
La gauche	3,3
La branche horizontale droite	7 cm
La gauche	7 cm

27 décembre 1948

Ouverture 8,8 mm

28 février 1948

Ouverture 8 mm

Radiographie : Une nouvelle radiographie du côté droit montre dans l'échancrure sigmoïde une ergot osseux de $\frac{1}{2}$ cm de longueur.

18 juin 1948

L'ouverture est à 5,5 mm

La branche montante droite mesure 4 cm
(apophyse zygomatique comprise)

La gauche mesure 3,3 cm

La branche horizontale droite mesure 7 cm

La gauche 7 cm.

20 octobre 1948

L'enfant est montré au Professeur DEBRE qui le trouve bien (la mère craignant du rachitisme) et ordonne du sirop iodotannique.

27 décembre 1948

Ouverture 8 mm

Pas d'aggravation, toutes les molaires de lait ont évolué sauf dV. Articulé molaires canines normal des deux côtés.

9 juillet 1949

Ouverture 7 mm

Pas de déviation.

15 octobre 1949

Etat inchangé quant à l'articulé et l'ouverture de la bouche.

Les mesures de la mandibule donnent :

Branche montante gauche 5 cm

Branche montante droite 3,7 cm

Branches horizontales droite et gauche 7,2 cm

Donc, depuis juin 1948 (10 mois) il s'est
produit une croissance de 1 cm à gauche,
4 mm à droite.

La distance entre le condyle gauche et
la symphyse mentonnière est de 10,5 cm.

entre le condyle droit 8,8 cm.

29 avril 1950

A eu des séances de diathermie à La Pitié:

Articulé à peu près inchangé, le milieu de
l'arcade supérieure est en regard de l'apex
de g1 g2.

Ouverture 8,5 mm

Mouvements de déduction ++ vers la droite.

Distance condyle symphyse gauche 10,5 cm
droite 9,3 cm

Du 23 novembre au 27 décembre 1948 :

12 séances de diathermie

Du 18 février au 1er mars 1950 :

7 séances de 20 minutes de diathermie et
5 minutes de courant galvano-
faradique.

4 octobre 1950

Ouverture 8,5 mm

Mouvements de déduction +++

15 décembre 1950

14 séances de diathermie et de courant
galvano-faradique ont été faites à ce jour.

Etat inchangé même mesure que précédemment.

2 juin 1951

Ouverture idem, mais mouvements de déduc-

tion.

On recommence la diathermie.

25 février 1952

Légère aggravation de l'articulé

Branche montante droite 4 cm
gauche 4,7 cm

4 octobre 1952

Articulé inchangé

Ouverture 7 mm

Dimensions inchangées.

1er mars 1954

Extraction de GIII et DIII

Téléradiographies il semble que la croissance ait été insignifiante depuis 18 mois.

20 septembre 1955

Pas de changements : il semble que d6 évolue.

Décembre 1956

Extraction de G4 D4

16 mai 1957

Pas de changement

30 mai 1958

A l'amplificateur de brillance, il existe de petits mouvements de glissement au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite.

On retrouve la déformation de la tête du condyle vu sur les clichés les petites exostoses antérieures et la volumineuse apophyse coronoïde.

Mai 1959

Pas de changement

24 juin 1960

Une intervention est faite du côté droit :

Sous anesthésie générale par intubation, incision verticale pré-auriculaire, dégagement de la surface osseuse et découverte de l'articulation.

Il existe à la partie postérieure un interligne articulaire de 1 mm environ de profondeur avec un condyle aplati sans col condylien.

Contrairement à ce que laissait penser la radiographie il n'y a pas de cavité sigmoïde et pas de coronoïde. Toute cette région osseuse est soudée au zygoma.

Dégagement à la fraise et au ciseau frappé de l'ankylose résection osseuse de 1 cm environ en arrière et de un peu moins en avant, en profondeur l'ankylose s'étend sur 2 cm.

En fin d'intervention une hémorragie veineuse oblige à mettre en place une éponge de spongel et de la thrombase.

Suture cutanée.

A la fin de l'intervention l'ouverture buccale était de 23 millimètres.

Le lendemain l'ouverture est de 14,5 mm.

De cette date au 7.11.60 l'ouverture passe à 23 mm et se maintient par la suite.

Les clichés radiographiques du 23.2.61 montrent une mobilité importante de la branche montante lors de l'ouverture de la bouche par abaissement et mouvement de rotation autour de la console osseuse qui se situe à la face interne de l'échancrure coronoïde ou du moins ce qui la représente.

OBSERVATION N° 14

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME)

V... J.

Monsieur V... âgé de 13 ans est amené le 2 juin 1956 pour une constriction permanente des mâchoires. Celle-ci se serait instituée après une anesthésie générale (pour amygdalotomie) suivie de réanimation.

Il n'y a jamais eu de douleurs ni autres signes fonctionnels ou généraux.

Les parents montrent des clichés radiographiques pris à Lille avec le compte rendu suivant : "l'épreuve fonctionnelle avec contrôle bilatéral des articulations temporo-maxillaires met en évidence un blocage articulaire droit presque complet. Du côté gauche l'amplitude antérieure du mouvement glénoïdien est limitée en raison du blocage contralatéral.

L'examen clinique ne permet pas de déceler la cause de cette constriction.

De nouvelles radiographies prises par le Docteur BAUMANN montrent l'intégrité des condyles.

Le 22 octobre 1956

Un examen radiographique est fait à Lille avec le compte rendu suivant :

"Lorsque la bouche est ouverte il existe une luxation de l'articulation temporo-maxillaire droite, lorsque du côté gauche les rapports articulaires demeurent normaux. L'articulation temporo-maxillaire du côté droit est de plus déformée par des lésions d'arthrose".

Le 24 décembre 1956

L'enfant est revu.

L'ouverture de la bouche se fait à 1,2 cm avec déviation du côté droit.

Les radiographies montrent un allongement de l'apophyse coronoïde droite dont l'extrémité n'est pas effilée, mais élargie se terminant en flammèches.

Le 15 juillet 1957

L'enfant est revu à l'aide de l'amplificateur de brillance. Devant cette localisation des lésions à l'apophyse coronoïde droite, une résection de cette apophyse est envisagée.

Le 3 juillet 1958

Le patient est revu. L'ouverture de la bouche se fait à 1,1 cm entre les incisives.

De nouvelles radiographies et tomographies montrent l'existence à droite :

- d'une exostose sur la face externe du malaire,
- d'une déformation importante de l'apophyse coronoïde qui est augmentée de volume, densifiée, recourbée terminée par une surface irrégulière qui dans les mouvements d'ouverture vient buter sur la face supérieure de l'exostose malaire.

Le 4 octobre 1958

Sous anesthésie générale par intubation nasale excellente incision antéro-postérieure dans le fond du vestibule côté droit.

On dénude le pied et la face interne du malaire. On voit qu'il existe immédiatement

une volumineuse exostose sur le bord inférieur et la face interne du malaire, celle-ci est réséquée, malgré cela l'ouverture de la bouche a peu augmenté.

On dénude alors la base de la coronoïde et avec la scie et le ciseau on la sectionne à sa base et on peut alors avec un ouvre-bouche obtenir une ouverture de 3,6 cm. Dans ce mouvement d'ouverture forcée on perçoit un écart de plus de 1 cm entre la coronoïde et sa base, mais pas de bride fibreuse dont la section pourrait améliorer l'ouverture.

Des injections de pénicilline sont faites à raison de 1 million d'unités par jour pendant 17 jours.

Des radiographies en date du 8 octobre 1958 et du 25 octobre 1958 montrent que la section de l'apophyse coronoïde a été complète et que dans les mouvements d'ouverture de la bouche l'écart entre les fragments atteint près de 1 cm.

Des infiltrations péri-temporales sont faites régulièrement.

L'ouverture de la bouche qui était de 2 cm le 8 octobre 1958 ne se fait plus qu'à 1,5 cm le 22 octobre 1958 mais il se fait une suppuration traitée par les lavages à l'eau oxygénée.

Du 6 octobre 1958 au 23 octobre un traitement rad thérapeutique anti-inflammatoire de 1.500 r est institué.

Le 23 octobre 1958

Hématies	4.080.000
Leucocytes	11.400
Polynuetro	66 %

Poly-éosino 1 %
baso 0
Lympho petits 29 %
grands 2 %
Monocytes 2 %
Hémoglobine 95 %
Valeur globulaire 1

Puis rapidement l'ouverture de la bouche s'amplifie pour atteindre 2 cm le 6 novembre 1958. L'enfant quitte l'hôpital.

Des radiographies en date du 24 décembre 1958 confirment les conclusions des examens précédents.

L'examen de l'exostose du malaire par le Docteur PAYER montre qu'il s'agit d'une exostose.

Cette pièce opératoire est constituée par des travées osseuses épaissies présentant de nombreuses images d'apposition avec une moelle osseuse particulièrement riche en fibres de collagène. L'ossification se fait suivant deux modes : ossification métaplasique à partir des éléments tendineux aponévrotiques et ossification passant par le stade cartilagineux au niveau des cavités médullaires. Ceci permet de se demander s'il n'existe pas à l'origine de cette lésion un traumatisme avec hématome.

Il s'agit ici histologiquement d'une exostose sans aucun élément suspect de malignité.

Le 29 janvier 1960

L'ouverture de la bouche se fait à 3 cm sans forcer, mais depuis le 2 février 1959, l'enfant fait une glycosurie qui s'élève entre 15 et 80 g par litre.

OBSERVATION N° 14

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME)

Q...

Le patient, ouvrier, âgé de 29 ans vient consulter le 28.12.59.

Antécédents :

En Italie, à l'âge de 9 ans aurait présenté une maladie infectieuse indéterminée. Peu de temps après une tuméfaction de la région génienne droite est apparue, en arrière de la commissure le long du bord antérieur du masseter de la grosseur d'un oeuf recouverte d'une peau rose brillante accompagnée d'un trismus intense, de douleurs très importantes, d'une forte atteinte de l'état général, d'une température élevée.

Au bout de quinze jours, il se produit un drainage spontané intra-buccal, avec écoulement d'un liquide noirâtre et de débris tissulaires importants. Cet écoulement persiste pendant un mois, au bout duquel la fistule se ferme. Mais il persiste un trismus serré.

En 1953, toujours en Italie, à la suite d'un accident dentaire, le patient est envoyé par son dentiste à l'Hôpital où on décide de l'opérer. Nous n'avons pas de précision au sujet de cette opération, qui n'amène aucune amélioration.

Examen exo-buccal :

De face, on note une légère asymétrie, le menton et la lèvre inférieure sont déviés vers la gauche,
- la joue droite semble appaissie

Le profil est normal.

Nous ne décelons pas de troubles de la sensibilité cutanée, ni de modification de la couleur des téguments.

A la palpation : les condyles sont bien perçus aux mouvements d'ouverture et de fermeture et sont tous les deux mobiles.

Les muscles masticateurs semblent normaux mais on perçoit en avant du bord antérieur du masseter droit une bride allongée de haut en bas.

Le gonflement des joues met en évidence l'asymétrie faciale et l'existence de la bride de la joue droite.

A l'ouverture l'écart entre les 2 mâchoires ne dépasse pas 5,5 mm.

Examen endo-buccal :

Le point incisif inférieur est dévié vers la gauche.

L'examen des vestibules montre que du côté droit, l'espace compris entre :

la face interne de la joue en dehors,
les arcades dentaires en dedans
les vestibules supérieur et inférieur en haut
et en bas

la face distale de la dent de 6 ans en avant
la branche montante en arrière

est comblé par une masse dense de consistance osseuse semblant prolonger en avant le bord antérieur du masseter.

La muqueuse n'est pas modifiée dans sa coloration, mais en arrière des dents de 6 ans elle présente une hyperplasie gingivale fibreuse.

L'examen de la denture montre des dents en bon état sauf à droite.

L'état général est bon.

Examen radiologique :

Le cliché de face permet de constater des coronoïdes particulièrement monstrueuses leur image remonte en haut sur l'ombre du malaire.

Les clichés pratiquée en incidence de Schiller ne montrent pas d'anomalies particulières.

Première intervention :

Par électrocoagulation, le 7.3.60 on procède à la libération de la bride vestibulaire droite, ce qui permet l'extraction de D6.

L'ouverture de la bouche est légèrement augmentée, mais n'atteint que 6 mm.

De nouveaux examens radiologiques sont faits :

Le 11.2.60, des tomographies de face sont faites, qui n'apportent pas de renseignements nouveaux.

Le 29.2.60, on fait une nouvelle série de tomographies de face ainsi que des profils, droit et gauche.

Du côté gauche, l'interligne articulaire est bien visible.

Tandis que du côté droit, le cliché est moins lisible et d'interprétation malaisée.

Deuxième intervention :

Le 2 mai 1960, sous anesthésie générale une intervention est pratiquée. Une incision est faite dans le fond du vestibule supérieur droit. Il existe une très importante formation

fibreuse s'étendant du vestibule supérieur au vestibule inférieur. Cette bride est sectionnée jusqu'à ce qu'on tombe sur le bord antérieur de la branche montante.

La dent de sagesse inférieure droite est extraite elle apparaît dense sur la muqueuse et n'ayant pratiquement plus d'insertion alvéolaire interne.

A la fin de la section fibreuse l'ouverture buccale est de 24 mm.

Après section de la bride fibreuse on dégage les faces externe et interne de la coronoi-de qui est sectionnée à la scie de Joseph. On enlève les fragments coronoi-diens.

Cette ablation ne permet aucune ouverture supplémentaire.

De l'alpha-chymotrypsine locale est faite.

Par la suite,

1) des séances de radiothérapie sur l'articulation temporo-maxillaire droite sont faites tous les jours : en tout 1475 r du 5/5/60 au 18/6/60, ainsi que des séances d'électrothérapie : diélectrolyse à l'iodure de potassium.

2) un examen histologique est pratiqué:

Résultat : les fragments soumis à l'examen sont essentiellement constitués par un tissu conjonctif scléreux très riche en fibres collagènes ne renfermant que peu d'éléments salivaires, En certains points, même existent quelques petites plages cartilagineuses et du tissu osseux métaplasique.

De l'alpha-chymotrypsine est administrée localement.

Les mesures de l'ouverture de la bouche faites ultérieurement donnent :

- 17 mm le 7 mai 1960
- 12 mm le 16 mai 1960
- 6 mm le 2 juin 1960
- 5 mm le 8 juillet 1960
- 6 mm le 13 février 1961.

o

OBSERVATION N° 15

(Observation publiée en partie dans la thèse du Docteur TOURNAIRE.
Année 1958, Paris)

P... L.

Le jeune P... âgé de 19 ans est envoyé dans le Service de Stomatologie de La Pitié le 12 mars 1957 pour ankylose temporo-maxillaire.

Antécédents :

Les antécédents pathologiques de ce jeune homme sont assez chargés : les troubles paraissent avoir débuté en 1945, par un abcès de la cuisse droite ; il y aurait eu (le sujet âgé alors de 7 ans ne peut préciser les détails) un état fébrile avec atteinte de l'état général mais peu intenses ou peu prolongés, car l'enfant ne se souvient pas être resté longtemps au lit.

Rapidement apparaît une fistulisation de la région trochantérienne droite.

Puis apparition de nouveaux abcès au bras droit et au tibia droit avec la même évolution fistulisation apparaissant très vite durant trois à six mois et se cicatrisant spontanément.

Au bout d'un an de traitement à domicile le sujet est adressé à la clinique infantile de Toulouse, il y reste hospitalisé trois mois du 24/6/46 au 26/8/46. A ce moment l'enfant est taxé de "tuberculose polynésienne" au premier examen on retrouvait un abcès sous-cutané qui avait tous les caractères d'une gomme tuberculeuse, se fistulisant, suppurant très longtemps puis arrivant finalement à la guérison définitive.

Plusieurs ponctions et examens depuis furent pratiquées, jamais le bacille de Koch ne fut mis en évidence, le pus s'est toujours révélé amicrobien. Cependant, la cuti-réaction est fortement positive.

Pendant tout son séjour à Toulouse, l'enfant fut traité par radiothérapie, vitamine et calcium.

En novembre 1946 l'enfant est transféré à Font-Romeu.

Au début de 1947, apparaît une décalcification de la hanche gauche, conduisant à la mise en place d'un appareil plâtré pelvi-jambier, renouvelé tous les six mois pendant 5 ans jusqu'en 1951. Cette ostéite juxta-articulaire se fistulise et s'exteriorise de façon intermittente.

On retrouvera quelques temps après une ostéite fistulisée des deux humérus.

Toujours au début de 1947 on voit apparaître un abcès de la région zygomato-malaire droite se fistulisant au bout de 3 semaines et donnant bientôt issue à de petits séquestres, peu de temps après apparaît un autre abcès gauche se fistulisant quinze jours plus tard.

Pendant un an les fistules persistent et c'est alors en 1948 qu'on observe la limitation progressive de l'ouverture mandibulaire.

Le malade est renvoyé chez lui en 1952, à ce moment ne persiste qu'une fistule de l'épaule droite. La marche est satisfaisante, l'enfant (14 ans) peut aller en classe pendant une année. Cependant, à ce moment l'ouverture buccale n'admet que le doigt.

Le patient est adressé à Berck en Octobre 1953 pour des raions familiales ; à son entrée toutes les fistules sont tarées et on note seulement une ankylose du maxillaire inférieur et une limitation des mouvements de la hanche gauche.

En mars 1954 nouvelle poussée de fistule de l'épaule droite.

En juin 1954 adénite suppurée de l'aisselle gauche traitée par 85 g de streptomycine, l'état général s'améliore, les fistules se ferment lentement.

A cette époque apparaissent les douleurs dentaires au niveau de l'arcade inférieure gauche. Abscessus vestibulaire fistulisé impossible à soigner en raison de l'ankylose. Quelques temps plus tard fistulisation génienne basse (à peu près en même temps que l'adénite de l'aisselle gauche) la fistule génienne va persister de façon intermittente.

Aucun examen de laboratoire portant sur des foyers différents n'a montré l'existence de B.K.

En mars 1956 l'état général qui était jusqu'alors assez précaire du fait des difficultés de l'alimentation s'améliore nettement.

La vitesse de sédimentation est devenue presque normale ; les fistules se sont cicatrisées sauf au niveau du maxillaire inférieur gauche où elles se cicatriseront en septembre 1956, l'enfant peut remarquer.

Au moment de son départ, en février 1957, l'état général est assez satisfaisant : augmentation du poids de 6 kg en 6 mois, vitesse de sédimentation normale. La dernière fistule est cicatrisée depuis trois mois. Seule persiste l'ankylose du maxillaire inférieur pour laquelle le malade est envoyé dans le service.

Antécédents familiaux :

Rien à signaler : la mère, trois frères et trois sœurs sont en bonne santé, le père a disparu pendant la guerre d'Espagne.

A l'entrée dans le service, le 12 mars 1957 aspect typique d'ankylose, le décalage des bases osseuses peut être évalué à 3 cm au moins, les incisives inférieures mordent sur le cingulum des incisives supérieures au prix d'une vestibulo-version considérable. L'articulé est paradoxalement conservé par des versions considérables des dents inférieures.

Le maxillaire inférieur est atrophié de 1 cm dans le sens transversal. Les dents sont entartrées mais saines dans l'ensemble.

Le vestibule est libre en bas et à gauche sauf une bride discrète soulevée par un trajet fistuleux allant vers l'extérieur et semblant provenir de la région radiculaire de la première molaire inférieure gauche.

L'ouverture active est de 0,5 cm au prix d'un gros effort, la déviation est de 1,5 cm au total.

L'examen facial détaillé montre :

- à la région masseterine droite la cicatrice d'anciennes fistules assez étendues, le masseter a pratiquement fondu et on sent directement la face externe de l'articulation entourée d'une gangue fibreuse sous la peau,
- à la région masseterine gauche une petite cicatrice de fistule de 1 cm au dessous de la racine transverse du zygoma ; le jeu du masseter est ici sub-normal,
- les contractions des abaisseurs sont parfaitement perçues dans la région sus-hyoïdienne, l'os hyoïde est légèrement projeté en avant,
- on note une petite fistule punctiforme à la partie moyenne de la branche horizontale gauche retractant considérablement la peau, avec contact osseux et issue de quelques gouttes de pus ,
- pas de ganglions perceptibles.

En résumé :

Ostéite disséminée avec deux localisations articulaires ou para-articulaires (hanche et temporo-maxillaire). Jamais on n'a mis le B.K. en évidence.

Devant la discordance de ce tableau classique nous pensons à une syphilis congénitale et demandons divers examens complémentaires.

14 mars 1957 :

B.W. -

Kolmer -

Kline +

Gono-réaction : négative.

27 mars 1957

Test de Nelson positif à 100 %

Hémolyse +

Floculation +

22 avril 1957

B.W. avec extrait simple -

B.W. avec extrait
cholestériné -

Kolmer +

Kline -

Numération globulaire et formule sanguine

G.R. 5.900.000

G.B. 7.800

Monocytes 10 %

Lymphocytes 29 %

Hb 118 %

V.G. 1

Vitesse de sédimentation des hématies :

1ère heure 5 mm

2ème heure 12 mm

Electrophorèse

Albumine : 48,9

Globuline 1 = 4,62

2 = 7,1

= 7,9

= 31

Calcémie : 101 mg %/100

Phosphatémie : 30 mg/litre

Phosphatases acides 0,9 U.P.
alcalines 1,5 U.B.

Urines :

jaunes pâles légèrement floconneuses

culot : épaissi assez nombreux leucocytes

isolés ou en amas assez nombreuses

cellules rénales ou vésicales.

gram : Diplocoques à gram +

Le 2 juin 1957 :

Intervention (Docteur MARIE)

Extraction de g6 par alvéolectomie externe
et séparation des racines ce qui fracture
la couronne. Spex par voie externe.

Juin 1957

Le malade est envoyé à Carmaux

24 octobre 1957

Calcémie : 107 mg %.

Sérologie : négative

Vitesse de sédimentation :

1ère heure : 3 mm

2ème heure : 7 mm

3ème heure : 14 mm

24ème heure : 70 mm

Le malade est mis au traitement antisyphtique.

19 novembre 1957

Le malade est réhospitalisé

21 novembre 1957

Test de Nelson : 100 %

Hémolyse -

Floculation +

27 novembre 1957

Téléradiographie par le Docteur BONNEAU.
Photographie orthodontique.

28 novembre 1957

Le malade est envoyé en consultation à
l'Hôpital Saint-Louis chez le Professeur
DEGOS.

4 décembre 1957

Intervention sous anesthésie générale,
par intubation nasale (Docteur GRELLET).

1) Prélèvement iliaque

2) Découverte du menton et mise en place
du greffon en deux fragments taillés en L

3) Suture de la muqueuse en deux plans.

18 décembre 1957 :

Consultation à Saint Louis chez le Docteur DELZANT qui conseille :

"Votre malade est atteint d'une syphilis congénitale. Je vous conseille de faire chez lui un traitement spécifique non pas dans l'espoir de négativer sa sérologie, mais pour prévenir une atteinte viscérale ultérieure. Il serait souhaitable de faire dans l'année 3 séries de 18 injections en alternant bismuth soluble et insoluble à raison de deux par semaine, avec un repos de 6 semaines entre chaque série!"

30 décembre 1957

Apparition d'une suppuration fistuleuse dans dans le fond du vestibule inférieur

- . 1 fistule en regard de d2
- . 1 fistule plate en regard de g2
- . 1 petite poche génienne rétro-comminale droite,
- . 1 petite poche purulente sous-basilaire gauche.

Traitement : pyophage

pénicilline 1 million

streptomycine 1 gramme.

7 janvier 1958

Stovarsol : 1 M deux fois par semaine

Muthanol : 1 M 3 séries séparées par un repos de 6 semaines.

Les radiographies montrent :

du côté gauche un grand bloc d'ankylose englobant le condyle et l'échancrure sigmoïde

du côté droit un bloc d'ankylose allongé de bas en haut dans l'échancrure sigmoïde.

Le 25 mars 1958

Sous anesthésie générale par intubation na-

sale, incision sous-angulo-maxillaire gauche, Rugination des faces externe et interne de la branche montante droite.

Ostéotomie au ciseau frappé au dessous du bloc d'ankylose avec résection osseuse à base postérieure.

A la fin de l'intervention il n'existe aucune ouverture buccale.

2ème intervention le 15.4.58

Sous anesthésie générale par intubation nasale. Incision sous-angulo-maxillaire. Rugination de la face externe de la branche montante gauche. Ostéotomie au niveau du bloc d'ankylose avec résection osseuse triangulaire à base postérieure.

L'ouverture de la bouche est de 18 mm entre les incisives.

Juillet 1958 :

Les incisives supérieures et inférieures sont extraites. Des prothèses mobiles haut et bas sont faites.

L'ouverture buccale mesurée entre les incisives des prothèses est de 18 mm.

13 octobre 1958 :

L'ouverture buccale se maintient à 18 mm.

o

OBSERVATION N° 16

(Observation de Monsieur le Professeur DE-
CHAUME).

Parue dans la Presse Médicale n° 18-19, 21-24
février 1940.

B... Soldat au 1er régiment d'infanterie co-

loniale, blessé par éclats d'obus le 26 septembre 1939.

Perforation du tympan.

Eclat d'obus ayant perforé le lobule du nez.

Eclat ayant pénétré la région temporale gauche au niveau du bord supérieur de l'arcade zygomatique.

Evacué aussitôt il s'aperçut le lendemain de sa blessure qu'il était gêné pour ouvrir la bouche, il pouvait à peine passer la langue. Il fut alors traité à l'ambulance par quelques compresses chaudes et des massages ce qui donne peu d'amélioration.

Le 1er novembre je le vois pour la première fois et note à mon examen :

Une cicatrice de l'aile du nez,

Au dessus du zygoma gauche, dans son tiers postérieur une petite cicatrice sous laquelle on sent une légère infiltration et un épaissement du bord supérieur de l'os, douloureuse à la pression. La radiographie ne montre pas d'éclat dans la profondeur.

Un trismus assez serré (le doigt passe avec peine entre les bords des incisives).

Toute tentative d'ouverture forcée est douloureuse et provoque une recrudescence de la contracture. Pas de latéro-déviation à l'ouverture de la bouche.

Le 2 novembre, un attouchement du ganglion sphéno-palatin gauche avec un coton imbibé du mélange de Bonin, donne une légère amélioration.

Le 3 novembre nouvel attouchement sans résultat.

Le 4 novembre le Docteur HAGUENEAU examinant

le patient ne trouve pas d'exagération des réflexes musculaires et me conseille de faire une infiltration de novocaïne autour de la cicatrice ; elle est pratiquée aussitôt sans résultat appréciable.

Le 5 novembre injection de novocaïne autour de l'artère temporale gauche ; l'écart inter-incisif atteint alors dès le soir un travers de doigt et demi, le malade reconnaît lui-même que l'amélioration a été plus nette que lors des tentatives précédentes.

Le 6 novembre injection péritemporale et péri focale gauche.

Les 7 et 8 novembre injection peritemporale bilatérale.

Le 9 novembre, l'écart inter-incisif atteint deux travers de doigt, nouvelle injection péritemporale.

Les injections sont suspendues, l'amélioration s'accroît les jours suivants ; le malade part en convalescence.

o

OBSERVATION N° 17

(Observation de Monsieur le Professeur DECHAUME)

P... E.

Mademoiselle P... Edwige, 9 ans nous est amenée par sa mère le 24 juin 1949 pour une gêne à l'ouverture de la bouche datant d'environ 3 semaines.

A cette époque la fillette a reçu dans la région mentonnière un ballon qui l'atteignit

avec force.

Le soir même, elle aurait éprouvé de grosses difficultés à s'alimenter, l'ouverture de la bouche était à peine de un travers de doigt. La maman ne s'inquiète de la gêne qu'éprouvait sa fille qu'une semaine plus tard. En même temps, les essais d'ouverture de la bouche provoquaient des douleurs le long de la mandibule qui semble-t-il étaient bilatérales mais plus accentuée à gauche.

Depuis cette date l'état est stationnaire, l'ouverture de la bouche se faisait moins bien.

L'examen exo-buccal montre:

- une asymétrie faciale caractérisée par une déviation mandibulaire vers la droite ; le milieu de la lèvre inférieure est déporté vers la droite, par rapport à la supérieure.

Il existe une légère douleur à la palpation de l'articulation temporo-maxillaire droite.

Le condyle gauche avance légèrement sans toutefois quitter la cavité glénoïde dans les mouvements d'ouverture tandis que le condyle droit se déplace pour ainsi dire pas, mais accuse par un léger mouvement sa solidarité avec l'os mandibulaire. Pas de craquement.

L'ouverture de la bouche est limitée à 8 mm entre les bords incisifs de D1 et g1. Elle se fait avec déviation du point incisif vers la droite.

A l'examen endo-buccal on se rend compte que

le milieu de l'arcade supérieure correspond à la ligne de symétrie du visage.

Le milieu de l'arcade inférieure est dévié de 2 mm vers la droite par rapport au supérieur en occlusion.

Au maximum d'ouverture la déviation s'accroît vers la droite.

Les arcades apparaissent régulières les dents présentes sur les arcades sont :

D1 D2 DIII DIV DV D6 G1 G2 GIII GIV GV
d1 d2 d3 d4 dV d6 g1 g2 gIII gIV gV g6

On note à droite : légère vestibulo-occlusion des molaires et de la canine inférieure, le jeu vestibulo-occlusion de d6.

A gauche, légère linguo-occlusion des dents inférieurs, g6 articulé mesio distal normal.

Dans les antécédents on apprend :

- 1) qu'il y a 6 mois environ l'enfant aurait été projetée sur la chaussée par une automobile. Pas de contusion notée au niveau de la face à ce moment,
- 2) cystite il y a 2 ans caractérisée par une pollakiurie nocturne et surtout diurne ; émission d'urine sanglante pendant 15 jours. Traitée à Bretonneau, étiquetée cystite à colibacille,
- 3) par ailleurs rien à signaler pas de maladies infantiles,
- 4) hérédité rien à signaler,
- 5) collatéraux : 4 frères et sœurs bien portants.

On commence des infiltrations locales de Novocaïne.

Le 28.6.1949 les radiographies ne montrent pas de fractures pas d'enfoncement de la cavité glénoïde.

Ouverture 10,5 mm

Le 30.6.1949, troisième péritemporale :
ouverture 11,5 mm.

Le 5.7.49 : quatrième péritemporale.

Les tonographies laissent supposer que l'articulation temporo-maxillaire est normale tandis que du côté gauche il existe peut-être un méplat sur la face antérieure du condyle et la cavité glénoïde semble plus profonde.

Le 3.3.1951, seulement la mère ramène sa fille. Depuis juin 1949, aucun changement n'est survenu.

C'est à l'occasion d'une appendicectomie, en janvier 1951 devant la constriction des mâchoires que des radiographies mettent en évidence sur toute la hauteur de la branche montante du maxillaire inférieur une zone de raréfaction osseuse de 4 cm sur 3 cm à contours flous.

A l'examen exo-buccal pas de changement avec ce que nous avons observé en 1949.

L'ouverture de la bouche se fait à peine à 4 mm avec déviation vers la droite.

De nouvelles radiographies sont prises qui montrent :

- l'absence de lésions condyliennes
- la lacune et l'épaississement de la branche

montante, avec raréfaction osseuse.

En janvier 1953 l'enfant fait un séjour dans un préventorium pour une primo-infection. A cette même date, elle présente des accidents dentaires qui motivent l'extraction de D6 sous anesthésie générale. A la suite de cette intervention on prescrit sans succès pendant un mois et demi des tentatives d'ouverture.

Du 12 au 16 novembre 1953, radiothérapie à petites doses.

Le 10.11.54, l'enfant revient car la constriction s'est accentuée et elle mange avec difficulté : cependant son état physique et mental est excellent.

De nouvelles radiographies confirment toujours l'intégrité du condyle mais montrent l'existence de plages de condensation osseuse à la partie postérieure et inférieure de la zone de raréfaction osseuse de la branche montante gauche.

Le 26.11.54 sous pentothal-curare on tente vainement de vaincre la constriction. Les examens du sang, la vitesse de sédimentation et les réactions sérologiques sont normales.

Le 27.II. 54 examen radiographique du squelette négatif.

Le 28.11.54 un examen psychiatrique est demandé et est fait dans le service du Docteur MICHAUX. Résultats : nous avons longuement examiné Melle P... il ne semble pas que cette petite malade soit hystérique et son comportement au naturel, sous narcose, sous amphétamine est normal. Elle a envie de guérir et espère en une opération.

Les examens électromyographiques, une étude des fonctions vasculaires sont restés vains.

En fin de compte si l'intervention peut l'améliorer mécaniquement, elle nous semble désirable.

Quant à l'étiologie nous n'en savons rien.

Le 17.12.55 on décide de faire une biopsie sous nargénoï.

Après incision sous-angulo-maxillaire et rugination du périoste la table externe est trépanée, elle est très dense. On tombe alors dans une cavité remplie de tissu fibreux dont le moindre attouchement provoque de vives douleurs.

Excision de ce fragment capitannage, suture.

L'examen histologique répond que les fragments sont constitués par du tissu fibreux.

On décide de pratiquer une nouvelle biopsie.

Le 5.3.55 cette fois sous anesthésie générale on repasse par l'ancienne incision, on retombe sur l'ancien orifice de trépanation qu'on élargit surtout à la partie antérieure. La table externe est saine d'épaisseur normale. Puis on tombe dans une cavité pleine de tissu d'apparence tendineuse dont on prélève un fragment. On explore la cavité qui correspond à l'image radiologique et on se rend compte qu'il existe sur la table externe de la branche montante un orifice de trépanation osseuse de plus de 1,5 cm de diamètre. Capitonnage suture.

L'examen histologique répond que les fragments contenus dans la branche montante du

maxillaire inférieur sont constituées par un tissu fibreux lamellaire, renfermant de nombreux capillaires à parois bien individualisées, là en fait existe du tissu de granulation dû probablement à la biopsie antérieure.

Le 30.11.56, la malade revient n'accusant aucun phénomènes nouveaux depuis sa dernière visite.

De nouvelles radiographies sont pratiquées qui montrent toujours l'intégrité des condyles et la persistance de la zone de décalcification. Toutefois elle s'entoure maintenant d'une zone de décalcification osseuse irrégulière.

o

OBSERVATION N° 18

(Malade de Monsieur le Professeur DECHAUME)

A... L.

Le 7 novembre 1955 ce malade a subi des traumatismes multiples (coups de matraques et coups de pied) sur les régions occipitale et temporo-massétélerine droites.

Malgré une perte de connaissance transitoire qu'il signale on n'a pas jugé nécessaire de l'hospitalier à La Salpêtrière.

Deux jours après le trauma il est envoyé dans le service de stomatologie de La Pitié pour limitation à l'ouverture buccale.

A l'examen on relève :

- des ecchymoses périorbitaires bilatérales
- pas de troubles de la sensibilité cutanée
- une douleur à distance de l'articulation temporo-maxillaire droite à la pression sur le menton

- une ouverture buccale à 2,4 cm et qui arrive à 2,8 cm après une infiltration péritemporale.

Des clichés de l'articulation temporo-maxillaire droite faits le 9 novembre 1955 sous l'incidence de Parma a montré l'intégrité osseuse de la région condylienne.

On porte alors le diagnostic de contusion de l'articulation temporo-maxillaire droite et on prescrit une série d'infiltration péritemporales.

Dans les suites éloignées l'état du malade se résume comme suit :

- l'ouverture buccale reste limitée
- la vue commence à baisser surtout à gauche obligeant le malade à porter des lunettes. L'opticien décèle à cette occasion une diplopie.

Par ailleurs le malade accuse une baisse de l'acuité auditive surtout à droite, et une difficulté à l'élocution verbale.

2ème traumatisme :

Tous ces signes ne l'empêchent pas cependant de reprendre ses activités jusqu'au 1er janvier 1955 où il est victime d'un deuxième traumatisme en se relevant d'une position accroupie, sa région fronto-pariétale heurte violemment le plafond et il sent sa mâchoire remonter comme dans une luxation verticale.

La branche montante gauche est douloureuse et quelques temps après, il aperçoit sa lèvre supérieure gonfler.

Le malade consulte alors en ville et sur un cliché radiographique on suspectait une fracture du col du condyle gauche.

Un mois après il vient de nouveau consulter à La Pitié le 18 février 1959.

A l'examen on trouve alors :

- une latéro-déviatio n gauche à l'ouverture buccale,
- une limitation de l'ouverture de 27 mm
- et une douleur à la mastication.

Radiographies :

Les radiographies de profil en date du 12 février 1958 permettent d'éliminer l'hypothèse de fracture.

Une deuxième série d'infiltrations péri-temporales est faite sans résultat.

En mars et en juin 1959 le patient présente à 2 reprises une perte de connaissance sans cause apparente. Inquiet, il consulte en juin 1959 à La Salpêtrière chez le Docteur GUILLAUME.

Après un examen électro-encéphalographique et un fond d'oeil on décide une intervention sur le trijumeau gauche dont voici le compte rendu opératoire en date du 24.9.59 :

Incision médiane centrée sur la région temporale gauche et trou de trépan élargi jusqu'au zygoma. La dure-mère de la base de l'étage moyen est amincie avec des adhérences diffuses . Repérage de la méninge moyenne qu'on coagule. Dans la manoeuvre de dégagement la dure-mère près de la paroi du cavum de Meckel est déchirée légèrement.

On expose les racines du trijumeau très accolées en un bloc cicatriciel.

Neurotomie rétro-gassérienne complète.

Cette intervention n'apporte aucune diminution des douleurs ressenties dans la branche

montante gauche et il existe une insensibilité cutanée dans les territoires suivants :

- région sous-orbitaire gauche
- hémi-lèvre supérieure gauche
- moitié gauche de la muqueuse palatine
- région frontale gauche
- cornée gauche.

Par ailleurs on aperçoit dans la région temporale gauche une dépression cicatricielle avec perte de substance osseuse. On aperçoit à travers la peau le battement de la dure-mère.

Radiographies :

Le 16.12.59 de nouvelles radiographies de face et de profil qui confirment l'absence de lésion.

La seule anomalie constatée est une position antérieure du condyle gauche par rapport à la glène et un interligne articulaire étroit.

A l'amplificateur de brillance on a l'impression que l'articulation temporo-maxillaire gauche est gênée dans ses mouvements.

2ème intervention le 6 janvier 1960

Une ouverture forcée sous anesthésie générale ne fait gagner que 4 mm, que le malade ne tarde d'ailleurs pas à perdre 15 jours après l'intervention.

Le 20 janvier 1960, l'ouverture est à 10 mm.

On pense alors à des troubles musculaires.

Examen électrique des muscles :

Le 12 janvier 1960 un examen électrique est fait qui conclut à une contraction permanente

des muscles masseters du temporal droit,
d'origine nerveuse.

On conseille alors au malade un traitement
radiothérapique qui est associé à des ultra-
sons:

- 10 séances d'ultra-sons sont faites
- 1.200 r sont administrés sur chaque articu-
lation temporo-maxillaire,
du 23.1.60 au 4.3.60.

De plus, parce qu'il signale des pertes de
connaissance évoquant des crises épileptiques
on l'envoie consulter en neurologie.

Une origine centrale, hypothalamique ou
corticale avec influence possible d'une sclé-
rose du tendon du temporal est d'abord évoquée.
Par la suite on pense plutôt à une contracture
musculaire, comparable à celle d'une périar-
thrite de l'épaule ou à celle d'une sciatique.

Le 11.2.61 ouverture : 12 mm.

R E S U M E S
DES PRINCIPALES OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION N° 1

L... J.

Observation publiée par Monsieur le Professeur DECHAUME dans la revue de Stomatologie Tome 48, n° 1, page 38 à 42.

Lè 7.12.59 le patient consulte de nouveau pour des séquelles de fracture de la glène du temporal gauche survenue en 1946.

A la suite d'une collision violente, le patient reçoit un choc appliqué sur le bord inférieur de la région mentonnière dirigé de bas en haut.

Après 3 jours d'hospitalisation les signes de shock disparaissent, mais un trismus intense persiste.

L'examen en 1946 montre :

- un trismus serré irréductible au delà de un travers de doigt,
- latéro-déviation à gauche,
- des douleurs de l'articulation temporo-maxillaire gauche lors de l'ouverture,
- un contact molaire gauche avec béance des molaires droites et des incisives irréductible.

Radiographies :

La radiographie faite ne montre rien.

On pense à une fracture condylienne.

Par ailleurs, il existe une surdité gauche
congestion de la papille de
l'oeil gauche.

Un blocage bi-maxillaire est fait.

De nouvelles tomographies montrent l'intégrité du condyle et son ascension dans la glè-ne, ce qui conduit en raison de la fissure cranienne à l'abstention thérapeutique.

Le blocage est supprimé :

- les douleurs se dissipent
- l'ouverture de la bouche est 1,5 cm.

Examen en 1959 montre :

- légère déviation à gauche du menton
- légère douleur de l'articulation temporo-maxillaire gauche
- les mouvements des condyles sont perçus des 2 côtés,
- l'ouverture de la bouche est de $\frac{1}{2}$ cm, avec déviation à gauche du menton.

Les tomographies permettent de voir que le condyle est passé au dessus de la base du crâne, ayant délabré au passage une lamelle osseuse importante.

Intervention :

Sous anesthésie générale incision verticale perauriculaire gauche. Découverte de l'articulation qui apparaît totalement ankylosée. Rugination du col. Ostéotomie à la partie basse du col du condyle aboutissant à une résection d'à

peu près 1 cm en arrière et $\frac{1}{2}$ cm en avant.
Fermeture sur drainage aspiratif.

L'ouverture est de 2,5 cm.

Les radiographies montrent la branche montante amputée du col du condyle. Celui-ci étant bloqué dans la base du crâne.

Par la suite :

- 1) des séances de radiothérapie à dose anti-inflammatoire sont faites 950 r en tout,
- 2) une hypoacousie persistant deux interventions sur l'oreille gauche sont pratiquées.

Actuellement l'ouverture se maintient à 30 mm avec latéro-déviation du côté gauche de 1 cm.

o

OBSERVATION N° 2

L... J.

Gardien de la paix.

Le patient est vu en 1952 pour limitation de l'ouverture buccale, consécutive à un accident de motocyclette survenu 3 mois avant.

Cet accident a été par ailleurs la cause de troubles psychiques, et d'amnésie.

L'examen montre :

- Absence de déformation du visage de face et de profil ;
- Saillie anormale au niveau du zygoma gauche ;
- Une ouverture de la bouche limitée à 8 mm avec latéro-déviation gauche de 7 mm ;
- Les points incisifs sont centraux en occlusion.

Les radiographies décèlent :

- . Une fracture de la fosse temporale,
- . Une fracture de l'arcade zygomatique comprenant :
 - 1 trait au niveau de la suture fronto-malaire,
 - 1 trait sur l'apophyse frontale du maxillaire,
 - 1 trait au niveau de l'angle postérieur,
 - 1 trait au niveau de la suture zygomato-malaire,
 - 1 trait en arrière de la suture zygomato-malaire
 - 1 trait oblique en bas et en avant au niveau de la racine transverse.

8 séances de radiothérapie sont faites n'amenant que peu de résultats.

De nouvelles radiographies permettent de penser que la partie postérieure juxta-condylienne du zygoma est déplacée en arrière et en dehors et empêche le condyle de se propulser en avant.

Intervention le 6 mars 1953 :

Incision de Ginestet avec branche supérieure de 2 cm.

Découverte du zygoma après ligature de la temporale superficielle. La racine longitudinale est fracturée à l'union de la transverse, et le fragment repoussé en arrière et en bas à la face externe du condyle du maxillaire.

Ablation du fragment
Suture en 3 plans.

L'ouverture de la bouche atteint 22 mm.

La radiographie montre bien la zone libre de

tout fragment osseux devant le condyle.

Le patient est revu en 1957 puis en 1961.

- ouverture 25 mm
- il existe une latéro-déviati on vers la gauche de 3 mm lors de l'ouverture
- les mouvements de déduction sont limités du côté droit.

o

OBSERVATION N° 3

R... M.

Agé de 33 ans, contre-maître.

Le 30 mars 1957 le patient est victime d'un accident du travail. Il s'agit d'un traumatisme peu violent direct de la partie postérieure de l'arcade zygomatique gauche. D'emblée survient une diminution de l'ouverture buccale, et c'est devant la persistance de celle-ci que le blessé se décide à consulter le 6 mai, soit un mois après l'accident.

L'examen montre :

- absence de déformation,
- palpation douloureuse de la partie postérieure de l'arcade zygomatique,
- ouverture limitée à 16 mm, avec latéro-déviati on gauche de 6 mm.

Les radiographies montrent :

- un trait antérieur près de l'angle postérieur du malaire,
- un trait intermédiaire à la partie moyenne de l'arcade,
- un trait postérieur à la partie toute postérieure de l'arcade au niveau de la racine

transverse.

Le fragment postérieur est basculé en bas et en arrière.

L'intervention chirurgicale est faite le 29 mai 1957:

Incision verticale pré-auriculaire. Découverte de la face externe de l'articulation temporo-maxillaire dont les insertions capsulaires sont soigneusement respectées. Rugination de la partie postérieure de l'arcade et ablation facile du fragment osseux.

Deux jours après l'intervention, l'ouverture buccale est de 20 mm, il n'existe plus de latéro-déviat ion. Puis, dans les jours suivants, la latéro-déviat ion réapparaît. Elle se produit en fin d'ouverture et atteint 3 mm, vers la gauche.

Des séances de radiothérapie à dose anti-inflammatoire sont faites. Un mois après l'intervention l'ouverture buccale est de 30 mm.

o

OBSERVATION N° 4

B... M.

Né en 1914 - Ouvrier.

Consulte le 27.11.56.

A l'âge de 7 ans, M. B... est renversé par une voiture. Cet accident donne lieu à une constriction permanente des mâchoires.

A l'âge de 9 ans, intervention faite par le Professeur OMBREDANNE du côté droit qui permet d'obtenir une légère mobilité.

L'examen en 1956 montre :

- Absence d'assymétrie nette du visage de face,
- De profil, l'atrophie du menton peu accentuée,
- Une ouverture de la bouche limitée à 8 mm,
- La présence d'une exostose, du côté gauche, perceptible sous la peau et légèrement mobile par rapport à la mandibule.

On ne sent rien du côté droit.

Les radiographies mettent en évidence: du côté gauche un condyle volumineux aplati ; avec des signes d'arthrose sur leur os même et les faces correspondantes de la glène . Mais l'anomalie principale est constituée par un ergot volumineux situé sur la face antéro-externe du col du condyle.

:du côté droit opéré en 1923, l'image d'un ergot réséqué, de volume important qui peut venir se bloquer sur l'arcade zygomatique elle-même anormale.

Première intervention en 1960 du côté gauche :

Anesthésie générale. Incision pré-auriculaire. Découverte des plans osseux après section de l'aponévrose et du muscle temporal.

On fait sauter au ciseau toute la console externe. Section au ciseau du bord supérieur et antérieur de la coronoïde, et du condyle.

Ablation au ciseau frappé de cette portion osseuse et de 1 cm environ du col du condyle.

A la partie postérieure de la branche montante on récupère à peu près 2 cm du bord postérieur de cette branche.

Suture en 2 plans.

A la fin de l'intervention le malade n'ouvre

nullement la bouche.

Sur les radiographies, la branche montante réséquée est visible.

Dans les suites opératoires il faut noter l'apparition de paralysie faciale gauche ayant régressé en 4 jours.

2ème intervention en 1960 sur le côté droit:

Anesthésie générale par intubation endotrachéale. Incision pré-auriculaire et excision de l'ancienne cicatrice. Décollement du bord postérieur de la parotide. Découverte de la racine transverse du zygomatique qui exostotique. Il existe sur la face externe de l'articulation à sa région postérieure une formation relativement mobile adhérent en haut au zygoma et en bas à l'articulation. Exérèse de cette exostose.

Sur la face externe du col du condyle il existe une exostose en console qui articule avec un os libre par rapport à l'articulation temporo-maxillaire. Excision de cette console et du petit sésamoïde. Résection de l'apophyse à sa base.

Ostéotomie de la partie basse du condyle et résection de la tête condylienne.

C'est seulement qu'on peut ouvrir la bouche à 3,5 cm.

Dans les suites opératoires on note :

- 1) une paralysie faciale droite ayant persisté un mois,
- 2) trouble de l'articulé corrigé par un blocage bi-maxillaire.

- Il est fait :
- des séances de radiothérapie anti-inflammatoire : 800 r
 - des ultra-sons.

L'ouverture buccale diminue quelque peu et se maintient actuellement à 16 mm.

o

OBSERVATION N° 5

R... D.

Agé de 48 ans, ouvrier.

Consulte le 28 novembre 1958 pour des fractures de la mandibule :

- fracture sous-condylienne basse gauche,
- fracture symphysaire para-médiane droite,

associées à une fracture du zygoma gauche, consécutives à un accident de la voie publique.

Traumatisme direct dont le point d'application est temporo-malaire et mentonnier.

L'accident a eu lieu deux jours auparavant.

Traumatisme cranien, hémorragies nasale et auriculaire par ailleurs.

Examen :

- Présence de douleurs prétragiennes gauches,
- Plaies superficielles en voie de cicatrisation,
- de face, légère latéro-déviation vers la gauche, dépression au niveau de la région zygomato-malaire gauche.

La palpation des régions prétragienne gauche

et mentonnière est douloureuse.

- L'ouverture de la bouche est limitée à 1 cm.

- Béance prémolaire et molaire du côté gauche.

Les radiographies décèlent :

- un trait de fracture allant de la partie antérieure de l'échancrure sigmoïde gauche au milieu du bord postérieur de la branche montante ;

- un trait vertical passant entre dl et d2.

Un blocage bi-maxillaire est fait le 28 novembre et une série d'infiltrations.

Des radiographies permettent d'apprécier la réduction de la fracture symphysaire qui est bonne et de mettre en évidence une fracture de la portion postérieure du zygoma comprenant un fragment détaché à la portion toute postérieure de l'arcade et un trait de fracture vertical de la racine transverse.

Le patient est débloqué le 17.12.1958.

L'ouverture de la bouche est limitée à 3 mm.

Aucune amélioration n'apparaissant une intervention est décidée.

Intervention le 7.1.1959 :

Sous anesthésie générale incision verticale pré-auriculaire. Découverte de l'articulation temporo-maxillaire gauche. Il existe une fracture de l'écaïlle du temporal avec un trait irradié au niveau de la racine antérieure et au niveau du toit de l'articulation.

Exérèse de tous les fragments déplacés aboutissant en fin d'intervention à la suppression

de la racine antérieure de l'arcade zygomatique et de la plus grande partie de la cavité glénoïde.

En fin d'intervention l'ouverture est à peu près de 3 cm.

Fermeture en 2 plans.

Cette suppression de la partie osseuse de la cavité glénoïde découvre les méninges mais toute l'intervention reste sous-méningée.

Le surlendemain l'ouverture de la bouche diminue et n'atteint que 2 cm, puis 1,7 cm le 9.2.59.

Puis, elle augmente. Le 13.2.61 on obtient 29 mm d'ouverture.

o

OBSERVATION N° 7

J... D.

Née le 6 mars 1949.

Dès l'âge de 2 mois la mère se souvient que l'enfant ouvrait mal la bouche.

L'enfant est né en présentation du siège décomplété, n'ayant pas donné lieu à des difficultés particulières.

Son frère jumeau ainsi que ses autres frères et soeurs ne présentent pas d'affection des mâchoires.

Examen avril 1961 :

- De face, le menton est dévié vers la gauche,
- De profil, il est atrophié.

Les doigts appliqués sur les articulations

temporo-maxillaires découvrent un léger déplacement à droite et ne sentent rien à gauche lors des mouvements d'ouverture.

Il existe une légère latéro-déviation lors de l'ouverture.

Le point incisif inférieur est dévié vers la gauche de 2 cm.

L'ouverture entre G4 et g3 est de 1 cm.

D2 G2 manquent. Il n'y a pas de diasthème entre D3 D1 et G1G3.

Les radiographies montrent sur le profil dans l'échancrure sigmoïde un petit bloc d'ankylose.

De face un condyle augmenté de volume, dans le sens transversal.

Intervention le 25.4.61:

Incision pré-auriculaire. Rugination de la partie antérieure du zygoma qui correspond à la coronoïde en hauteur.

Section au ciseau frappé de la branche montante aboutissant à une section osseuse allant en avant de la coronoïde jusqu'en arrière au bord postérieur de la branche montante dans sa portion supérieure.

A la fin de la section il existe une ablation de 2 cm de hauteur de la branche montante.

Suture cutanée en 2 plans avec drainage aspiratif.

En fin d'intervention l'ouverture de la bouche est de 23 mm.

Aussitôt après l'intervention :

- 1) un arc vestibulaire est posé pour vestibuler D1 qui articule alors en linguo-

position;

- 2) des séances de radiothérapie à doses anti-inflammatoires sont faites.

Dans les jours qui suivent l'ouverture se maintient à 21 mm.

o

OBSERVATION N° 8

C... D.

Né le 7 juillet 1946

L'enfant est né dans des conditions difficiles. Il s'agissait d'une présentation du front, ayant nécessité l'applications des forceps. L'enfant a été réanimé.

Le côté droit du visage était bleu, la lèvre supérieure fendue.

A l'âge de 4 mois sa mère s'aperçut qu'il ouvrait mal la bouche.

En janvier 1949 le Docteur L'HIRONDEL consulté pose le diagnostic et adresse l'enfant au professeur DECHAUME.

Le 7 janvier 1949, il s'agit d'un garçon en bonne santé. Aucune déformation n'est visible. L'ouverture de la bouche est limitée à 4,7 mm. On sent cependant les condyles se déplacer légèrement. Le condyle gauche ne quitte pas la cavité glénoïde ce qui fait dévier le menton du même côté.

Les radiographies de profil permettent de soupçonner une fracture du zygoma gauche ayant donné lieu à une pseudo-arthrose avec en plus formation d'un bloc d'ankylose au niveau du trait unissant le zygoma au fond de l'échancrure sigmoïde. Par ailleurs le col voit ses di-

mensions très réduites.

Il est conseillé de la radiothérapie. 1200 r sont administrés.

Le 19 septembre l'ouverture est de 9 mm. Il existe une petite déviation à gauche lors des mouvements d'ouverture.

Une radiographie sous l'incidence de Waters montre le trait de fracture du côté gauche.

De la diathermie est conseillée.

Le 30 mars 1951 :

30 séances de diathermie ont été faites, sans amélioration. L'ouverture est de 1 cm.

Il y a une forte déviation du menton vers la gauche à l'ouverture de la bouche.

De juin 1951 à septembre 1951, 30 nouvelles séances de radiothérapie sont faites.

De septembre 1952 à Octobre 1960 :

L'ouverture de la bouche diminue de 8 mm à 2 mm. Une légère latéro-déviation du menton vers la gauche apparaît.

Le 28.4.61 Intervention :

Condylectomie au ciseau frappé de toute la masse d'ankylose qui va très loin en avant et apparaît constituée par un tissu spongieux évoquant une idée d'ostéome.

A la fin de l'intervention, l'ouverture buccale forcée est de 25 mm.

Des séances de radiothérapie à doses anti-inflammatoires sont commencées.

OBSERVATION N° 12

D... A.

Né le 21 novembre 1946

On trouve la notion d'un accouchement difficile. L'enfant a été extrait après une application de forceps laborieuse, mais l'accoucheur qui a pu être interrogé, n'a rien noté de spécial ni au moment de l'extraction, ni pendant les premières heures où l'enfant buvait normalement.

La mère a un bassin limité et a toujours eu des accouchements difficiles, nécessitant l'application de forceps.

Vers le 15ème jour la mère s'aperçut que l'enfant avait des difficultés à ouvrir la bouche.

Examen le 10 janvier 1947 :

On constate une légère microgénie
une déviation à droite du menton
une limitation de l'ouverture
à 7 mm entre DI dI
une déviation vers la droite du
point incisif inférieur.

Radiographie : apporte peu de renseignements.

De juin 1947 à juin 1960 :

Radiographie du côté droit, de profil montre dans l'échancrure sigmoïde un ergot de 1/2 cm de longueur. Le condyle est réduit dans ses dimensions.

L'enfant subit une quarantaine de séances de diathermie.

L'ouverture se maintient à 8 mm.

A l'amplificateur de brillance il existe de petits mouvements de plissement au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite.

Intervention le 24 juin 1960, il existe à la partie postérieure un interligne articulaire de 1 mm environ de profondeur avec un condyle aplati sans col condylien.

Il n'y a pas de cavité sigmoïde ni d'apophyse coronoïde, toute cette région est sou-
dée au zygoma.

Résection à la fraise et au ciseau frappé de l'ankylose, résection osseuse de 1 cm environ en arrière et de un peu moins en avant. En profondeur l'ankylose s'étend sur 2 cm.

A la fin de l'intervention, l'ouverture buccale était de 23 mm.

Le lendemain l'ouverture est de 14,5 mm.

De cette date au 7.II.60 l'ouverture passe à 23 mm et se maintient par la suite.

Les clichés radiographiques du 23.2.61 montrent une mobilité importante de la branche montante lors de l'ouverture de la bouche par abaissement et mouvement de rotation autour de la console osseuse qui se situe à la face interne de l'échancrure coronoïde ou du moins ce qui la représente.

OBSERVATION N° 13

V... J.

Agé de 13 ans l'enfant est vu le 21 juin 1956 pour une constriction qui serait apparue après une anesthésie générale pour amygdalectomie.

Il n'y a jamais eu de douleurs ni d'autres symptômes fonctionnels ou généraux.

Un compte rendu d'un examen fonctionnel sous contrôle radiologique indique qu'il existe un blocage presque complet de l'articulation droite. Du côté gauche l'amplitude des mouvements articulaires est limitée du fait du blocage controlatéral.

L'ouverture de la bouche est de 1,2 cm avec déviation du côté droit.

De nouvelles radiographies montrent :

- l'intégrité du condyle,
- un allongement de l'apophyse coronoïde droite dont l'extrémité n'est pas effilée mais élargie se terminant en flammèches,
- une exostose sur la face postérieure du maxillaire supérieur.

Intervention le 8 octobre 1958 :

On dénude le pied et la face interne du maxillaire droit. On voit qu'il existe immédiatement une volumineuse exostose sur le bord inférieur et la face interne du maxillaire celle-ci est réséquée malgré cela l'ouverture de la bouche a peu augmenté.

On dénude alors la base de la coronoïde, et avec le ciseau burin on la sectionne à sa base et on peut alors ouvrir la bouche à 3,6 cm.

Le 22 octobre 1956 l'ouverture se réduit à 1,5 cm. Un traitement radiothérapique à dose anti-inflammatoire 1.500 r au total est institué. L'ouverture passe à 2 cm très rapidement.

Le 28 janvier 1960 l'ouverture de la bouche se fait à 3 cm.

L'examen histologique de la pièce opératoire apporte le diagnostic d'exostose sans aucun élément suspect de malignité.

o

OBSERVATION N° 14

Q...

Ouvrier.

Le patient âgé de 29 ans vient consulter le 28.12.1959.

Antécédents : en Italie, à l'âge de 9 ans, il aurait présenté une maladie infectieuse indéterminée. Peu de temps après une tuméfaction de la région génienne droite est apparue le long du bord antérieur du masseter accompagnée

- d'un trismus intense
- de douleurs
- d'une atteinte de l'état général.

Au bout de 15 jours il se produit un drainage spontané intra-buccal. Mais il persiste un trismus serré.

En 1953, une intervention est faite en Ita-

lie pour augmenter l' ouverture de la bouche, sans qu' aucune précision puisse être donnée à son sujet.

Examen :

De face légère assymétrie ; le menton et la lèvre inférieure sont déviés sur la gauche ;

Le profil est normal ;

A la palpation les condyles sont bien perçus au mouvement d'ouverture et de fermeture et sont tous les deux mobiles ;

On perçoit en avant du masticateur droit une bride allongée de haut en bas ;

L'ouverture de la bouche est de 5,5 mm ;

Le point incisif inférieur est dévié vers la gauche ;

L'examen du vestibule décèle dans la partie postérieure des vestibules droits une masse dense de consistance osseuse, semblant prolonger en avant le bord antérieur du masseter ;

La muqueuse n'est pas modifiée par sa coloration.

Les examens radiologiques permettent de constater des coronoides particulièrement monstrueuses. Leur image remontant en haut sur l'ombre du malaire.

Première intervention, le 7.3.60 :

Par électro-coagulation on procède à la libération de la bride fibreuse.

L'ouverture de la bouche est légèrement augmentée mais n'atteint que 6 mm.

De nouveaux clichés radiographiques sont faits :

Du côté gauche l'interligne articulaire est visible, tandis que du côté droit, l'image est anormale mais d'interprétation malaisée.

2ème intervention : le 2 mai 1960 :

Sous anesthésie générale, incision dans le fond du vestibule supérieur droit. Il existe une très importante formation fibreuse s'étendant du vestibule supérieur au vestibule inférieur. Cette bande est sectionnée jusqu'à ce que l'on tombe sur le bord antérieur de la branche montante.

A la fin de l'intervention, l'ouverture buccale atteint 24 mm.

Après section de la bride fibreuse on dégage les faces externe et interne de la coronoïde qui est sectionnée. Cette ablation permet une ouverture supplémentaire.

Examen histologique : les fragments examinés sont riches en collagène et contiennent par endroit du tissu cartilagineux et du tissu osseux métaplasique.

De la radiothérapie anti-inflammatoire et de l'alpha-chémotrypsine sont administrées.

Mais l'ouverture diminue régulièrement pour être réduite à 6 mm le 2.6.60 et se maintient à cette valeur.

OBSERVATION N° 15

P... L.

Envoyé dans le service le 12 mars 1957
Âgé de 19 ans.

Antécédents :

A l'âge de 7 ans, abcès à la cuisse droite
avec fièvre et atteinte de l'état général et
apparition d'une fistule,
puis au bras droit,
au tibia droit.

La recherche du B.K. reste négative.

A 10 ans, apparition d'une décalcification
de la hanche droite conduisant à la mise en
place d'un plâtre pelvi-jambier.

- d'un abcès zygomato-
maxillaire d'abord du côté droit,

- puis du côté gauche.

C'est en 1948 que la limitation de l'ouver-
ture de la bouche apparaît de façon progres-
sive. En 1952 elle n'atteint plus que 45 mm.

D'autres suppurations apparaissent sans que
le B.K. puisse être mis en évidence.

Examen le 12 mars 1957 :

Aspect typique d'ankylose.

- Décalcification des bases osseuses de 5 cm
due à l'atrophie du menton ;
- Présence d'une bride fistuleuse dans le ves-
tibule gauche semblant provenir de la ré-
gion radiculaire de la première molaire infé-
rieure gauche ;
- Ouverture active de 0,5 cm ;

- Cicatrices d'anciennes fistules situées dans la région masséterine droite.
Le masseter a pratiquement fondu;
- Dans la région masséterine gauche existe une petite cicatrice de fistule. Le masseter est moins réduit de volume que du côté droit.

En résumé :

Il s'agit d'une ostéite disséminée avec localisation articulaire ou para-articulaire, sans que le B.K. puisse être mis en évidence. Le diagnostic s'oriente vers celui de syphilis congénitale.

Mars 1957 :

- B.W. -
- Kolmer -
- Kline $\pm$
- Nelson : 100 % positif
- Formule sanguine : normale
- Vitesse de sédimentation : normale
- Calcémie : normale
- Phosphatasémie : normale.

Novembre 1957 :

Le patient est envoyé en consultation à l'Hôpital Saint-Louis.

4 décembre 1957 :

Intervention sous anesthésie générale par intubation nasale :

- 1) Prélèvement iliaque
- 2) Découverte du menton et mise en place du greffon en deux fragments taillés en L
- 3) Suture de la muqueuse en deux plans.

18 décembre 1957 :

Le diagnostic de syphilis congénitale est

porté à l'Hôpital Saint-Louis.

Il est prescrit un traitement à base de sels de bismuth.

30 décembre 1957 :

Apparition d'une suppuration fistulisée dans le fond du vestibule inférieur en regard de d2 et de g2.

Les radiographies montrent :

- du côté gauche, un gros bloc d'ankylose englobant le condyle et l'échancrure sigmoïde,
- du côté droit un bloc allongé de bas en haut situé dans l'échancrure sigmoïde.

Le 25.3.1958 :

Sous anesthésie générale par intubation nasale, incision sous-angulo-maxillaire gauche. Rugination des faces externe et interne de la branche montante droite. Ostéotomie au ciseau frappé au dessous du bloc d'ankylose avec résection osseuse à base postérieure.

A la fin de l'intervention il n'existe aucune ouverture buccale.

2ème intervention le 15.4.1958 :

Sous anesthésie générale par intubation nasale incision sous-angulo-maxillaire. Rugination de la face externe de la branche montante gauche. Ostéotomie au niveau du bloc d'ankylose avec résection osseuse triangulaire à base postérieure.

L'ouverture de la bouche est de 18 mm entre les incisives.

Juillet 1958 : les incisives supérieures et inférieures sont extraites. Des prothèses mobiles haut et bas sont faites.

: L'ouverture buccale mesurée entre les incisives des prothèses est de 18 mm.

Le 13 octobre 1958 :

L'ouverture buccale se maintient à 18 mm.

o

OBSERVATION N° 18

A... L.

Le 7 novembre 1955 ce malade a subi des traumatismes multiples : coups de matraque et coups de pied sur les régions occipitale et temporo-massétélerine droite, ayant entraîné une perte de connaissance.

Deux jours après le traumatisme apparaît une limitation de l'ouverture buccale.

A l'examen on relève :

- Des ecchymoses péri-orbitaires bilatérales,
- Une douleur à distance de l'articulation temporo-maxillaire droite, par pression sur le menton ;
- L'ouverture buccale est de 2,4 cm.

Une radiographie de profil montre l'intégrité du condyle.

Par ailleurs, le malade accuse une baisse de l'acuité visuelle du côté droit.

Puis le patient est victime d'un deuxième traumatisme ; il heurte un plafond en se relevant d'une position accroupie en janvier 1959.

Examen en février 1959 : On trouve alors :

- une latéro-déviation gauche à l'ouverture buccale ;
- une limitation de l'ouverture de la bouche de 27 mm;
- une douleur à la mastication.

Une série de radiographies confirment l'absence de lésions osseuses.

Des pertes de connaissances surviennent, ce qui amène le patient à consulter en neurologie. Une neurotonie rétro-gassérienne est faite sans apporter d'amélioration le 24.9.59.

Une ouverture forcée sous anesthésie le 20.1.60 ne fait gagner que 4 mm aussitôt rependus.

On pense alors à des troubles musculaires. Un examen électrique est fait. Les troubles s'avèrent difficiles à préciser. De la radiothérapie à dose anti-inflammatoire est préconisée : 1.200 r sont administrés sans amélioration.

Le patient est revu le 11.2.61 : l'ouverture est limitée à 12 mm.

CONCLUSIONS

-:-

L'étude de ces quelques cas de constriction permanente nous amène à faire deux constatations au sujet de leur diagnostic étiologique.

Les strictures de l'adolescent et de l'adulte sont consécutives le plus souvent à un traumatisme ayant causé des lésions osseuses portant sur le zygoma ou la racine transverse. L'importance de la fracture, le déplacement des fragments pouvant être très différents, tantôt évidents, ou au contraire difficiles à déceler sur les clichés radiologiques. Il faut souligner le danger que présente pour la fonction de l'articulation maxillaire, même les fractures de la racine transverse du zygoma n'ayant donné lieu qu'à un faible déplacement.

En ce qui concerne les strictures de l'enfant ayant entraîné une déformation typique et importante de la mandibule, on trouve dans un certain nombre de cas une étiologie traumatique en rapport avec un accouchement difficile, mais il en persiste un nombre non négligeable où aucune notion d'inflammation, de suppuration ou de traumatisme ne peut être mise en évidence malgré un interrogatoire poussé de la famille.

-:-

Vu : Vu :
Le Président de thèse Le Doyen :
Signé : M. DECHAUME Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

DUFOURMENTEL L.

Notes sur 132 cas d'ankylose temporo-maxillaire opérés.

Mem. Ac. Chir. T. 67, n° 14-15,
7-14 mai 1941 p. 370-376

GINESTET et FREZIERES

A propos d'un cas de constriction des mâchoires d'origine extra-articulaire.

Revue Stomatologie 1953, 54, n° 1
37-39.

GINESTET et FREZIERES

A propos d'un cas de constriction permanente d'origine musculaire et osseuse para-articulaire.

Revue Stomatologie Octobre 1954,
55, n° 10, 894-952.

GINESTET, DUPUIS, MERVILLE, GUERIN,
DONDEY

Constriction des mâchoires d'origine coronoïde-malaire.

Revue Stomatologie Avril-mai 1957-
58, n° 4-5, 233-237.

GINESTET, CHEMIN, DUPUIS, MERVILLE

Constriction permanente des mâchoires d'origine coronoïdienne et

maladie d'O. Jacob.

Revue Française d'Odonto-Stomatologie,
mars 1959 n° 3, 383-389

DEGRIAUD J.A.,

Thèse Paris 1958, n° 331.

Contribution à l'étude de l'anky-
lose temporo-maxillaire congénitale

P. CERNEA

Traitement de l'ankylose temporo-
maxillaire

Revue de Stomatologie T. 56, n° 4
avril 1955

AUBRY et PALFER-SOLLIER

A propos des constrictions perma-
nentes des mâchoires, d'origine arti-
culaire

Semaine des Hôpitaux 30ème année
n° 4, avril 1954

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

